

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Novembre 1901, à 1 heures

PAR

Henri MÉRET

*Opération césarienne conservatrice et
opérations mutilatrices complémen-
taires de la gastro-hystérotomie.*

ÉTUDE COMPARÉE DES DIFFÉRENTES MÉTHODES. — LEURS INDICATIONS

PRÉSIDENT : M. PINARD, professeur.

JUGES. { MM. BROCA Aug.,
LEPAGE,
POTOCKI, } agrégés.

PARIS

ANC^{te} LIBRAIRIE G. CARRÉ ET C. NAUD

G. NAUD, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Novembre 1901, à 1 heures

PAR

Henri MÉRET

*Opération césarienne conservatrice et
opérations mutilatrices complémen-
taires de la gastro-hystérotomie.*

ÉTUDE COMPARÉE DES DIFFÉRENTES MÉTHODES. — LEURS INDICATIONS

PRÉSIDENT : M. PINARD, professeur.

JUGES. { MM. BROCA Aug.,
LEPAGE,
POTOCKI, } agrégés.



PARIS

ANC^{no} LIBRAIRIE G. CARRÉ ET C. NAUD

C. NAUD, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ HUTINEL.
	{ BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	BERGER.
Pharmacologie et Matière médicale.	POUCHET.
Thérapeutique.	N.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale.	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	{ DEBOVE.
	{ LANDOUZY.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	{ TERRIER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchement.	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LANGLOIS.	RICHAUD.
ACHARD.	DUPRE.	LAUNOIS.	TEISSIER.
AUVRAY.	FAURE.	LEGRY.	THIERY.
BEZANCON.	GILLES DE LA	LEGUEU.	THIROLOIX.
BONNAIRE.	TOURETTE.	LEPAGE.	THOINOT.
BROCA (AUG.).	GOSSET.	MARION.	VAQUEZ.
BROCA (ANDRÉ).	GOUJET.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
CHASSEVANT.	GUIART.	MERY.	WALTHER.
CUNEO.	HARTMANN.	POTOCKI.	WIDAL.
DEMELIN.	JEANSELME.	RÉNON.	WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL (agrégé).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE



INTRODUCTION

L'opération césarienne est l'incision de la paroi abdominale et de paroi utérine, et l'extraction de l'enfant par la voie ainsi artificiellement créée.

L'opération césarienne peut être conservatrice, ou bien suivie de l'ablation partielle ou totale de l'utérus.

Elle comprend plusieurs actes opératoires différents :

- 1° Laparo-hystérotomie simple;
- 2° Laparo-hystérotomie suivie de l'amputation utéro-ovarique (opération de Porro);
- 3° Laparo-hystérotomie suivie de l'hystérectomie supravaginale;
- 4° Laparo-hystérotomie suivie de l'hystérectomie abdominale totale.

Nous nous proposons d'étudier chacune de ces méthodes, et de rechercher quelle est celle qu'il convient d'employer de préférence dans les cas qui sont justiciables de la section césarienne.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier les maîtres qui, au cours de nos études, nous ont aidé de leurs conseils, et instruit par leur expérience et leurs leçons.

Notre souvenir reconnaissant va d'abord aux professeurs à l'École, médecins et chirurgiens des hôpitaux de Rouen.

Nous remercions MM. les D^{rs} PETEL, PETITGLERC, MARTIN, nos premiers maîtres dans les hôpitaux, de l'intérêt qu'ils nous ont porté. Que MM. les D^{rs} CERNÉ, OLLIVIER, BRUNON, DELABÔST, TINEL, FR. HUE, LEUDET, BATAILLE, NICOLLE, reçoivent l'hommage de notre sincère reconnaissance.

Nous avons eu le bonheur, à Paris, de passer notre première année d'externat dans le service de M. le P^r GUYON. Nous avons suivi avec le plus grand profit les leçons de ce maître éminent, dont la haute valeur n'a d'égal que la bienveillance et la bonté. Nous le prions d'agréer l'expression de notre profonde gratitude.

L'année suivante, nous étions l'élève de M. le P^r LANDOUZY, dont les vues originales et si élevées ont laissé dans notre esprit une ineffaçable impression. Nous lui adressons nos respectueux hommages.

M. le P^r TERRIER a bien voulu nous accueillir comme externe dans son service, et l'année que nous y passâmes comptera pour nous parmi les meilleures. Nous avons admiré avec quelle maîtrise il exécutait les opérations les plus délicates de la chirurgie abdominale. Mais nous avons pu apprécier aussi quelle grande bienveillance et quelle affabilité il témoignait à ses élèves. Nous lui en exprimons toute notre reconnaissance.

Nous avons eu encore pour maîtres à l'hôpital Bichat MM. les P^{rs} agrégés HARTMANN, GOSSET, CUNÉO ; nous

leur adressons nos plus vifs remerciements pour les marques d'intérêt qu'il nous ont données.

Nous avons gardé le meilleur souvenir de l'année passée dans le service de M. le D^r THIBIERGE, il a droit également à notre entière reconnaissance.

Nous devons remercier tout particulièrement M. le Pr agrégé LEPAGE. Il a bien voulu nous admettre pendant quelques mois dans son service, à la Pitié, où, sous sa haute direction, nous avons appris la pratique des accouchements. En outre, il nous a inspiré le sujet de ce travail pour lequel il ne nous a pas épargné ses conseils. A ce double titre, nous le prions de recevoir l'assurance de notre sincère gratitude, et de notre entier dévouement.

Nous remercions M. le Pr PINARD du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.



CHAPITRE I^{er}

HISTORIQUE

L'opération césarienne fut pratiquée pendant longtemps sans succès. Durant les deux tiers du XIX^e siècle, elle donne des résultats si déplorables qu'elle est à peu près abandonnée. Presque toutes les femmes meurent de septicémie : la mortalité maternelle est de 60 à 80 pour 100.

Le grand écueil de l'hystérotomie c'est la réunion de la plaie utérine. Les auteurs s'ingénient à trouver un mode de suture permettant d'obtenir une réunion par première intention. Stoltz, Cazin, Hariss, Fochier utilisent successivement la soie, le crin, le fil d'argent, le fil de fer, le catgut. Plusieurs opérateurs cherchent à ramener à travers la plaie abdominale l'un ou les deux chefs des fils de suture. En 1867, Lestoquoy pratique une opération césarienne et suture la lèvre utérine à la paroi abdominale correspondante. Mais malgré ces perfectionnements, le problème n'est pas résolu, et la mortalité est toujours très élevée.

En présence de ces difficultés, Porro eut le premier l'idée d'amputer l'utérus, pour supprimer les causes de

complications trop souvent mortelles. Déjà des expériences avaient été faites sur des animaux par Cavallini, à Florence, en 1868, et par Fogliata (1) à Pise, en 1875. Ces auteurs avaient montré que l'ablation de la matrice chez certains animaux n'était pas nécessairement mortelle.

C'est le 21 mai 1876, que Porro (2) pratique sur une femme de 25 ans, primipare, ayant un bassin rachitique très rétréci, la première ablation de l'utérus, après section césarienne. Il fait sur la paroi abdominale une incision médiane longue de 17 centimètres. L'utérus est promptement ouvert par une incision parallèle à la plaie abdominale et vidé de son contenu. Puis, faisant tenir verticalement l'utérus attiré tout entier hors du ventre, Porro entoure le col au niveau de son orifice interne d'un gros fil de fer monté sur un solide serre-nœud de Cintrat. Quand l'anse constrictive fut bien serrée, l'hémorragie jusque-là très abondante cessa immédiatement. L'utérus est sectionné par une incision transversale faite à 2 centimètres au-dessus du fil. La paroi abdominale est suturée par 4 fils d'argent placés de distance en distance, pour obtenir un affrontement exact des bords de la plaie. Le dernier fil, distant à peine d'un centimètre de l'angle inférieur de la plaie, traverse le pédicule utérin, et lui sert de soutien. Le pédicule ainsi fixé à la paroi abdominale, est badigeonné avec du perchlorure de fer.

(1) FOGLIATA. *Giornale di Anatomia, Fisiologia e Patologia degli Animali* Pisa, 1875.

(2) PORRO. *Dell amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cæsareo*. In *Annali universali di medicina e chirurgia*, vol. 237, p. 289.

L'anse constrictive se détacha le 25 juin, et 6 semaines après l'opération, la malade était guérie.

Il y eut un véritable engouement pour cette nouvelle méthode; et l'hystérotomie simple fut un peu délaissée.

En 1882, nous assistons à la renaissance de la césarienne conservatrice, avec la méthode de Saëngër (1). Mode de sutures plus perfectionné de la paroi utérine, résection partielle des bords de la plaie pour en faciliter l'affrontement et permettre d'obtenir une réunion plus rapide; telles sont les principales modifications apportées par l'assistant de Léopold à la technique de cette opération. Avec les progrès de l'antisepsie, et quelques nouvelles modifications portant sur l'incision utérine et les sutures, la césarienne conservatrice donne, entre les mains de Léopold, Olshausen, Zweifel, d'excellents résultats; elle tend de plus en plus, concurremment avec la symphyséotomie, à être substituée aux opérations fœticides.

Entre temps, l'opération de Porro subissait aussi quelques perfectionnements. Frantzolini (2), en 1879, substitue le lien élastique au fil de fer monté sur un serre-nœud dont s'était servi Porro pour étreindre le col. Mais le pédicule, fixé à la paroi abdominale, s'infecte facilement et devient trop souvent le point de départ d'accidents septicémiques. Quelques auteurs, Veit, Zweifel, Litzmann, se risquent à réduire le pédicule dans le ventre, en appli-

(1) POTOCKI. Opération césarienne conservatrice. In *Ann. gyn.*, 1890.

(2) FRANTZOLINI. Contributo alla ovariectomia [et alla laparo-uterotomia]. In *Italia Giornal Veneto di Scienza med.*, 1879.

quant à l'opération de Porro la technique de l'hystérectomie supravaginale (ligature élastique perdue, procédé de Schröder). Certains, même, Barlett (1), Frank (2), Mascagni, Duchamp (3), préconisent l'inversion du pédicule dans le vagin. Mais ces deux procédés : inversion du pédicule, abandon du pédicule dans le ventre n'ont qu'une vogue passagère, car le premier est difficile et compliqué, le second expose à l'hémorragie et à l'infection. On revient au procédé du pédicule externe, qui, malgré quelques inconvénients, donne une sécurité plus grande et une mortalité moindre.

D'après Truzzi de Milan, cette mortalité fut de 37 pour 100 de 1876 à 1884 ; et de 20 pour 100 de 1884 à 1889 (4).

M. Maygrier (5) indique une mortalité de 58 pour 100.

M. Pinard (6), dans une statistique publiée en 1879, a rassemblé 38 cas, avec une mortalité de 45,4 pour 100 ; et il fait remarquer que jamais l'opération césarienne classique n'avait donné de tels résultats.

Mais dans ces dernières années, grâce aux progrès de l'antisepsie, et aux perfectionnements apportés à la technique opératoire, cette mortalité a notablement diminué, et les statistiques de Léopold donnent :

(1) BARLETT. In *Ann. gyn.*, août 1888.

(2) FRANK DE KÖLN. Traitement du moignon dans l'opération de Porro. In *Ann. gyn.*, 1890.

(3) DUCHAMP. Opération césarienne suivie de l'amputation par le vagin du pédicule artificiellement inversé. *Loire médicale*, 15 août 1886.

(4) TRUZZI. Contribution à l'étude de l'opération de Porro. Milano, mai 1890.

(5) MAYGRIER. *Thèse*, Paris, 1880.

(6) PINARD. De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarienne. *Ann. de gyn.*, 1879.

Césarienne simple. Mortalité maternelle. 5,6 pour 100
Opération de Porro. — 3,7 pour 100

Le 17 décembre 1879, Bischoff (1) de Bâle pratiquait sur une femme enceinte atteinte de carcinome du col, avec hémorragies abondantes, une hystérectomie abdominale totale. C'est à tort (2) cependant qu'on a donné à cette opération le nom d'opération de Bischoff car, le 27 octobre de la même année, Schröder (3) enlevait par le même procédé un utérus gravide également cancéreux.

L'hystérectomie abdominale totale complémentaire ou non de la section césarienne est encore appelée opération de Freund, car cet auteur est le premier qui en ait fixé le manuel opératoire, tel qu'il a été longtemps suivi.

Les premières hystérectomies abdominales totales obstétricales furent donc pratiquées pour des cancers du col, à une époque plus ou moins avancée de la grossesse, avec ou sans ouverture préalable de l'utérus.

En 1888, A. Martin (4) emploie cette méthode pour le traitement d'un fibrome compliquant la grossesse, et son exemple est suivi par Kufferath (5), Lanelongue de Bordeaux, Ch. Monod (6), Fritsch (7), Guermon-

(1) BISCHOFF. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. X, p. 14.

(2) VARNIER et DELBET. A propos d'une rétroflexion de l'utérus gravide. In *Ann. gyn.*, 1897, p. 102.

(3) SCHRÖDER. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XII, p. 280.

(4) A. MARTIN. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XX, p. 109.

(5) KUFFERATH (Bruxelles). *Bulletin de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1896, n° 9, p. 192.

(6) Ch. MONOD. *Bullet. Soc. anat.*, 1896, p. 740.

(7) FRITSCH (Breslau). *Soc. obst. de Berlin*, 27 février 1891. In *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 18, p. 362.

prez (1), Mouchet (2) de Sens, Varnier et Delbet (3), Vautrin et Schuhl (4).

En 1893, Bossi (5) de Gênes fait la première hystérectomie abdominale totale complémentaire de la section césarienne, pour rétrécissement extrême du bassin ; et les années suivantes, Rieppi, Schauta (6), Pantaloni (7), Pinard et Segond (8), emploient avec succès la même méthode pour des cas semblables.

Nous voyons l'évolution qu'a subie, en obstétrique, l'hystérectomie abdominale totale : d'abord pratiquée pour des cancers du col, elle fut ensuite tentée pour l'ablation de fibromes compliquant la grossesse ou l'accouchement, et enfin dans les cas de rétrécissement extrême du bassin.

Les progrès réalisés dans l'asepsie et dans la technique des opérations abdominales ont justifié ces essais encore peu nombreux d'ablation totale de l'utérus, que quelques accoucheurs préfèrent actuellement à l'ablation partielle.

(1) GUERMONPREZ (Lille), 9 juillet 1895. Document sur l'hystérectomie abdominale totale pour fibro-myomes utérins. Paris, 1896. J.-B. Baillière, p. 177 à 183.

(2) MOUCHET (Sens). *Acad. méd.* Rapport de M. PINARD. In *Ann. gyn.*, 1897, p. 81.

(3) VARNIER et DELBET. In *Ann. gyn.*, 1897.

(4) VAUTRIN et SCHUHL. In *Obst.*, 1899. De l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes pendant le travail.

(5) BOSSI (Gênes), 7 janvier 1893. *Ann. di Ost. e Ginec.* Milano, t. XVI, p. 74 à 87.

(6) SCHAUTA. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. II, p. 152.

(7) PANTALONI (Marseille). *Archiv. provinc. de chir.*, t. VI, n° 2.

(8) PINARD et SEGOND. *Bulletin Acad. de méd.*, 19 janvier 1877.

CHAPITRE II

Opération césarienne conservatrice.

La technique de l'opération césarienne a été, dans ces dernières années, perfectionnée en même temps que simplifiée.

L'incision utérine est faite habituellement sur la face antérieure au niveau de son tiers moyen et prolongée en haut vers le fond de l'organe. Cette incision permet d'ouvrir l'utérus *in situ*, et elle a l'avantage d'être parallèle à la plaie abdominale. Il n'est pas reconnu que l'incision transversale du fond ou incision de Fritsch soit réellement supérieure à la précédente. Elle permet peut-être d'extraire plus rapidement le fœtus ; mais elle nécessite la bascule de l'utérus en avant, hors de la cavité abdominale, et elle aurait l'inconvénient d'être pratiquée en un point où la vitalité des tissus est moindre.

Les sutures constituent un des temps les plus importants et les plus difficiles de l'opération. Elles doivent être faites avec un soin particulier, car de leur bonne application dépendent l'affrontement exact des bords de la plaie et la réunion par première intention. Léopold (1)

(1) LÉOPOLD et HAAKE. Ueber 100 Sections Caesariae. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LVI, Heft LI, p. 1.

emploie des fils de soie plus solides pour un calibre donné que le catgut, et fort bien supportés par les tissus. Il fait 12 à 15 sutures profondes : le fil introduit à environ 1 centimètre du bord péritonéal traverse en arc la musculieuse, et ressort au niveau du bord interne de la plaie. Entre ces sutures profondes, il faut 13 à 17 sutures superficielles qui ne saisissent que le péritoine et la couche musculaire.

L'hystérotomie serait une opération simple et relativement facile, si elle ne s'accompagnait d'une hémorragie parfois formidable, toujours abondante, et bien propre à émouvoir quiconque n'a pas assisté à une opération césarienne. Quel organe en effet est plus vasculaire que l'utérus gravide, aux derniers mois de la grossesse ? Les vaisseaux, doublés ou triplés de volume sillonnent sa surface en tous sens et font un relief notable ; les sinus veineux sont gorgés de sang. Aussi, quand on ponctionne l'œuf, un flot de sang s'échappe-t-il des bords de la plaie. L'hémorragie est plus abondante encore, quand le placenta a été intéressé par la section.

Il faut agir vite et ne pas se préoccuper de l'hémorragie. On saisit l'enfant par le pied qui se présente, ou on va le chercher en bas, s'il y a présentation du siège ; et on fait rapidement l'extraction. Une pincé est mise sur le cordon qui est sectionné. Le placenta se présente au niveau de la plaie utérine ; on le décolle ainsi que les membranes. Le sang coule abondamment ; « nous ne nous préoccuons que de délivrer vite et bien l'opérée » (Bar).

Quand l'utérus est vide, il se rétracte ; les vaisseaux

aux parois musculaires épaisses peuvent dès lors faire leur office de ligatures vivantes et assurer l'hémostase. Mais, il n'en est pas toujours ainsi ; et dans certains cas, l'utérus a beau revenir sur lui-même, après l'extraction du fœtus et de l'arrière-faix, l'hémorragie n'en continue pas moins, et peut être assez abondante pour masquer complètement le champ opératoire, et empêcher l'application des sutures. Il faut alors avoir recours à l'hémostase provisoire.

Les opérateurs allemands, Léopold, Olshausen, Zweifel, placent de parti pris sur le col, dès l'extraction de l'enfant, ou immédiatement après la délivrance, un tube de caoutchouc modérément serré, qui joue le rôle de bande d'Esmarch pendant l'application des sutures.

M. Bar (1) n'est pas partisan de la constriction préventive du col, car elle peut causer des hémorragies secondaires par atonie. Il pense qu'il vaut mieux ne recourir à la constriction que si on avait à lutter contre une hémorragie foudroyante. Il s'est toujours borné à « suturer vite l'utérus, dans les cas d'écoulement sanguin un peu abondant, de saisir rapidement les ligaments larges et de les comprimer fortement entre les doigts. » Le plus souvent, l'hémorragie s'arrête après l'achèvement des sutures. Mais il peut arriver qu'après l'extraction du fœtus et de l'arrière-faix, l'utérus ne revienne pas sur lui-même, qu'il ne se rétracte pas ou se rétracte mal. Cette inertie utérine est une complication grave de l'hystérotomie, car l'hémorragie qui en résulte peut compro-

(1) BAR. De l'opération césarienne conservatrice. Sa technique. Ses résultats immédiats et éloignés. In *Obst.*, 1899.

mettre rapidement l'existence de la femme, au cours même de l'intervention.

Que faut-il faire en pareil cas ? Faire comprimer les ligaments larges, et appliquer rapidement les sutures, c'est le meilleur moyen hémostatique.

Si l'hémorragie persiste, on doit faire la constriction du col ; mais, comme le fait observer M. Bar, « ce n'est le plus souvent que le prélude d'une intervention plus sérieuse. La constriction excellente pour arrêter momentanément le sang n'est pas un bon moyen curatif, elle favorise l'atonie ». Si ce moyen échoue, il faut prendre promptement une décision, et pratiquer sur-le-champ l'ablation de l'utérus.

L'hémorragie peut cesser momentanément pendant l'application des sutures, et ne se reproduire que quelques heures après l'opération. Il ne faut pas hésiter, dans ce cas, à rouvrir le ventre, pour mettre sur le col un lien constricteur, et débarrasser la cavité abdominale des caillots qui s'y trouvent. La seule conduite rationnelle consiste encore ici à amputer l'utérus.

Une autre complication de la césarienne conservatrice, c'est la péritonite.

L'infection peut être due à un défaut d'asepsie. La faute en revient alors à l'opérateur ou à ses aides ; ou bien il faut incriminer les instruments, fils de suture, objets de pansement, qui n'ont pas été bien stérilisés. Dans les milieux hospitaliers, et dans les cliniques bien aménagées, avec les progrès actuels de la chirurgie et de l'asepsie, on ne doit pas observer de complications infectieuses.

Mais il ne faut pas oublier que l'hystérotomie est une opération qu'on peut être appelé à pratiquer d'urgence, dans la clientèle privée, à la campagne, où on se trouve dans des conditions défectueuses d'asepsie et d'assistance. Convient-il dans ces cas de pratiquer la césarienne conservatrice ?

Nous pensons que si l'on n'est pas sûr de pouvoir réaliser une asepsie parfaite, il est dangereux de conserver l'utérus, dont la plaie plus ou moins bien suturée aura pu être infectée et inoculera le péritoine. Il est préférable, dans ces cas, d'avoir recours à l'amputation utéro-ovarique, plus facile d'exécution, et n'exposant pas la malade aux mêmes dangers d'infection.

Mais l'infection, au lieu d'être extrinsèque, peut avoir pour point de départ la muqueuse utérine. Le cas n'est pas rare. Combien de femmes se présentent avec une poche des eaux rompue depuis plusieurs heures, et ayant subi des examens répétés et plus ou moins suspects, parfois même des applications de forceps infructueuses. Est-il prudent, dans ces cas, de pratiquer la césarienne conservatrice ? Léopold, qui a nettement posé les indications de cette opération, attache une grande importance à toutes les causes d'infection, quelles qu'elles soient. Voici, à cet égard, quelles sont les conditions nécessaires pour l'exécution de la césarienne simple, d'après cet auteur : « Il faut avoir la certitude que la femme n'est pas infectée (pas d'accélération marquée du pouls ; pas d'élévation de température).

« Il est désirable que la poche des eaux soit intacte, ou rompue peu de temps avant l'opération.

« Il est capital que la femme n'ait subi que peu d'examens et des examens pas suspects. »

La gonorrhée même, qu'elle soit aiguë ou latente, constitue pour cet auteur une contre-indication à l'hystérotomie simple. On devra, avant d'intervenir, pratiquer l'examen microscopique des sécrétions uréthro-vaginales et du col. Si l'examen est positif on s'abstiendra de faire la césarienne conservatrice.

D'ailleurs, Hecking (1) n'a-t-il pas rapporté un cas d'opération césarienne pratiquée chez une femme atteinte de gonorrhée. Il se produisit une suppuration de la paroi abdominale à laquelle adhérait l'utérus; on trouva dans le pus des gonocoques associés aux streptocoques.

On doit donc tenir grand compte, au point de vue des indications de l'hystérotomie simple, de toutes les causes probables ou certaines de l'infection utéro-vaginale. C'est qu'en effet le succès de l'opération dépend en grande partie de l'état de la muqueuse utérine. Que cette muqueuse soit infectée, on conçoit aisément que les produits septiques sécrétés par elle, filtrant à travers la plaie utérine, pourront se répandre dans la cavité péritonéale; et si la malade n'est pas alors emportée par une péritonite rapidement mortelle, elle ne s'en tirera qu'au prix de suppurations souvent très longues et de fistules intarissables.

En résumé, on ne devra pratiquer la césarienne conservatrice, que si l'on est sûr que la femme n'est pas

(1) HECKING. Sectio Caesarea conservatica und Gonorrhoe. *Ann. f. gyn.*, t. VII.

infectée. Cette condition essentielle restreint notablement les indications de l'hystérotomie simple, au profit des opérations mutilatrices.

Mais malgré ces dangers immédiats : hémorragie atonique, complications infectieuses, l'opération césarienne a donné entre les mains d'opérateurs habiles les meilleurs résultats, ainsi qu'en font foi les statistiques qui suivent :

LÉOPOLD :

76 opérations césariennes conservatrices.

7 femmes mortes.

76 enfants nés vivants. 5 ont succombé avant que la mère ait quitté la clinique.

Mortalité totale :

Mères, 9,21 pour 100.

Enfants, 7 pour 100.

REYNOLDS (*Ann. gyn. m. f. of obst.*, juin 1898).

22 cas. — Toutes les femmes ont guéri. — Tous les enfants ont vécu.

PASQUALI :

9 opérations césariennes pour bassins rétrécis :

1 femme morte ;

Ne dit pas le sort des enfants.

OLSHAUSEN (De l'opération césarienne et de ses indications dans les rétrécissements pelviens. *Z. f. G.*, t. XXXVII ; *Ann. gyn.*, t. 48, p. 377).

29 sections césariennes pour viciations pelviennes.

2 femmes mortes ;

29 enfants vinrent au monde vivants ;

3 succombèrent avant le départ de la mère.

BAR :

10 opérées.

1 femme morte ;

10 enfants vivants.

Tels sont les résultats fournis par l'opération césarienne conservatrice pratiquée par des accoucheurs expérimentés, et dans les meilleures conditions voulues d'asepsie.

Mais pour apprécier la valeur de cette méthode, nous ne devons pas nous baser seulement sur ces statistiques, qui sans doute sont excellentes, mais n'expriment en somme que les résultats immédiats d'une première section césarienne.

Il nous faut envisager la question à un autre point de vue, celui des opérations césariennes répétées. Car quel est en réalité le but de la césarienne conservatrice ?

C'est de conserver l'utérus et les annexes, afin de permettre une nouvelle grossesse.

La question qui se pose maintenant pour nous est celle-ci : quelles sont les conséquences éloignées de la césarienne conservatrice au point de vue des grossesses futures ?

L'éventration est une complication qui aura des chances de se produire, surtout si une nouvelle grossesse survient à une époque rapprochée de l'intervention ; car la paroi abdominale, encore mal consolidée, résistera difficilement à l'énorme distension que va lui faire subir l'utérus gravide.

L'utérus, après la section césarienne, peut contracter des adhérences avec la paroi abdominale ou avec les

organes voisins. C'est au niveau des sutures, en un point qui a suppuré, qu'elles se produisent. Van de Poll en a signalé plusieurs cas. Elles sont d'abord une source d'accidents douloureux. Elles pourraient en outre provoquer l'avortement. Enfin elles créent quelques difficultés opératoires, au cours d'une nouvelle intervention.

Mais le danger le plus grave, qui menace la femme, lors d'une nouvelle grossesse, c'est la rupture utérine.

Krukenberg, dans un travail publié en 1886, a rapporté un certain nombre de faits de ruptures utérines survenues à la suite d'opérations césariennes. 13 fois la cicatrice se rompit à un accouchement ultérieur, et l'enfant passa dans la cavité péritonéale. Il y eut 6 morts dont 3 d'hémorragie.

Dans 5 autres cas, la cicatrice céda, sans que le fœtus passât dans la cavité; 4 femmes succombèrent. Mais il importe de noter que ces faits ont été observés à une époque où les sutures étaient mal faites, et l'antisepsie inconnue. Ils perdent donc beaucoup de leur valeur.

Que nous disent les statistiques récentes à cet égard?

LÉOPOLD :

13 femmes sont redevenues enceintes après la section césarienne :

- I femme 3 fois.
- I — 2 fois.
- II — 1 fois.
- Pas de rupture.

(1) VAN DE POLL. Drei Gluckliche Kaiserschnitte bei eine und derselbe Frau. *Centralbl. f. gyn.*, 1896.

OLSHAUSEN :

1 femme redevenue enceinte 2 fois.

3 — — — 1 fois.

Pas de rupture.

ZWEIFEL :

2 femmes redevenues enceintes 2 fois.

5 — — — 1 fois.

Pas de rupture.

D'autre part, le Dr Coë (New-York Policlinic, août-septembre 1895) constate qu'aux États-Unis, en 1895, il y a eu 13 cas d'opérations césariennes répétées avec 3 morts. L'une des malades mourut après la 3^e opération.

Pour 25 opérations pratiquées sur 12 femmes par 15 chirurgiens différents :

Mortalité maternelle. . . 12 pour 100

— fœtale. . . 28 pour 100

Les cas d'opération césarienne répétée ne sont pas encore assez nombreux, pour que nous puissions fixer par des chiffres la valeur de cette méthode.

Les statistiques de Léopold, d'Olshausen, de Zweifel, nous montrent que la rupture utérine peut ne pas se produire, quand les sutures ont été bien faites et aseptiquement. Mais incontestablement il y a menace de rupture, et dans certains cas celle-ci est presque inévitable. En effet, qu'une femme à qui l'on a fait l'hystérotomie redevenue enceinte, et ait un gros enfant, ou bien de l'hydramnios, ou encore une grossesse gémellaire, la rupture n'aura-t-elle pas bien des chances de se produire? Il est vrai que ce sont là des cas particulière-

ment défavorables, et assez rares en pratique mais ils peuvent se présenter, et on doit en tenir compte. Woyer (1) a rapporté un cas de ce genre.

Il est un fait évident, c'est que la cicatrice, eût-on fait les suturés aussi bien et aussi aseptiquement que possible, crée un véritable point faible de la paroi utérine.

Que va devenir cette paroi lors d'une nouvelle grossesse, et surtout au moment du travail? Tous les accoucheurs qui ont fait des opérations césariennes répétées sont unanimes à reconnaître que cette paroi présente une minceur extrême au niveau de l'ancienne cicatrice, et ils ont eu l'impression que, sous l'influence de contractions utérines énergiques, elle eût pu facilement céder.

M. Bar rapporte que chez une femme à laquelle il pratiquait une 3^e section césarienne « la paroi utérine était réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier, et cela, non seulement au niveau de la cicatrice, mais sur une étendue assez notable de la paroi utérine. Il semblait que l'œuf vînt faire hernie à ce niveau ».

Telle est l'opération césarienne conservatrice envisagée au point de vue de ses conséquences immédiates et de ses résultats éloignés. Que concluerons-nous au sujet de la valeur de cette opération?

La césarienne simple est une opération grave, comme toutes celles qui nécessitent l'ouverture de la cavité

(1) WOYER. Spontan ruptur de uterus under altenkaiserschnitt. *Monatschrift für Geb. und Gynaek.*, t. VI, p. 192.

abdominale; mais plus peut-être que toute autre intervention de ce genre, c'est une opération dangereuse, car on laisse dans le ventre un organe dont la cavité souvent infectée est en communication directe avec la séreuse péritonéale au niveau de la longue ligne des sutures.

Dangereuse encore est cette opération par les hémorragies atoniques heureusement rares, qui peuvent se produire avec une abondance telle qu'elles mettent rapidement les jours de la femme en péril.

Est-ce une opération difficile?

Assurément non, mais ce n'est pas une opération tellement facile qu'elle puisse être entreprise par tous les médecins. Il faut, pour la pratiquer, être sûr de son asepsie, et avoir une certaine habitude des laparotomies.

Mais le point important pour nous est de savoir si, de par ses résultats éloignés envisagés surtout dans ses rapports avec les grossesses futures, la césarienne conservatrice mérite d'être pratiquée dans la plupart des cas, comme le veulent certains auteurs; ou bien s'il n'est pas préférable d'enlever d'emblée un organe qui, dans la suite, pourra être une source d'accidents et de graves dangers.

Les risques d'éventration, les adhérences utéro-pariétales et viscérales avec leurs conséquences : douleurs vives, menaces d'avortement, difficultés opératoires lors d'une nouvelle intervention, doivent certes être pris en considération. Mais ce qui, à notre avis, prime tout et constitue une contre-indication des plus sérieuses à la conservation de l'utérus, c'est l'amincissement extrême

de la paroi, observé par la plupart des accoucheurs qui ont pratiqué des opérations césariennes répétées. Sans doute les faits de rupture utérine, à la suite de section césarienne, ne sont pas assez nombreux pour que nous puissions être fixés encore sur leur degré de fréquence. Cependant il nous suffit de savoir qu'ils peuvent se produire, et qu'ils se produisent, en effet, pour que nous nous montrions assez réservés dans l'application de cette méthode.

En résumé, nous pensons que conserver l'utérus, en vue d'une grossesse future, c'est, d'une part exposer la femme aux risques d'une rupture utérine toujours possible ; c'est d'autre part lui faire courir l'aléa d'une nouvelle section césarienne nécessitée par les mêmes causes qui ont motivé la première intervention. Et pour cette double raison, nous croyons que, dans la plupart des cas, on devra préférer à la césarienne conservatrice les opérations mutilatrices.

CHAPITRE III

Opérations mutilatrices complémentaires de la section césarienne.

Certains auteurs désignent ainsi l'opération de Porro et *ses dérivés* ; et par dérivés du Porro ils entendent l'hystérectomie supravaginale avec abandon du pédicule dans le ventre, ou son inversion dans le vagin, voire même l'hystérectomie abdominale totale. H. M. Bossi (*Congrès médical de Rome, 1894, — in Ann. gyn., 1894*), s'exprime en ces termes : « La méthode de Porro peut être opportunément modifiée, tout en conservant sa valeur, en recourant soit à la réduction du pédicule, soit mieux à l'ablation totale, qui doit représenter l'idéal de cette opération. »

Il nous semble qu'il y ait là une confusion dans les termes : il importe de préciser.

L'opération de Porro, telle qu'elle fut pratiquée à l'origine et décrite (1) par son auteur, est l'amputation utéro-ovarique, avec fixation du pédicule à la paroi abdominale.

Quant aux autres méthodes mutilatrices : hystérec-

(1) Voir p. 10.

tomie supravaginale avec pédicule interne, hystérectomie abdominale totale, elles diffèrent complètement de la précédente, dont elles ne sont ni des dérivés ni des modifications. Elles ont en effet une individualité propre, qui s'est encore accentuée dans ces dernières années, grâce aux perfectionnements apportés à leur technique opératoire.

Boldt (1) H.-J. établit bien cette distinction quand il dit : « Ce qui caractérise l'opération de Porro, c'est le traitement extrapéritonéal du pédicule. Quant aux modifications apportées à la technique, telles que le traitement intrapéritonéal du moignon, comme dans la méthode de Schröder; ou l'inversion du pédicule dans la méthode de King, de Barlett; il ne s'agit plus là à proprement parler de l'opération de Porro; quoique le but de Porro soit atteint. »

Par méthode de Porro, nous désignerons exclusivement l'amputation utéro-ovarique avec pédicule externe; réservant le nom d'hystérectomie supravaginale à l'ablation sus-vaginale de l'utérus avec traitement intrapéritonéal du pédicule, dénomination maintenant courante en gynécologie.

Les opérations mutilatrices complémentaires de la section césarienne comprennent donc trois méthodes distinctes :

- 1° Opération de Porro;
- 2° Hystérectomie supravaginale;
- 3° Hystérectomie abdominale totale.

(1) BOLDT (H.-J.) The Porro operation versus total hysterectomy. *Am. J. obst. N.-Y.*, 1898, XXXVIII, 41-50.

Opération de Porro.

L'opération de Porro ne diffère guère de la césarienne conservatrice qu'à partir du moment où le fœtus est extrait ; au lieu de suturer l'utérus, on l'ampute au-dessus du col.

Les premiers temps de l'opération présentent cependant quelques points particuliers de technique.

L'incision abdominale sera assez étendue pour permettre d'attirer l'utérus hors de la cavité abdominale. Des pinces rapprocheront immédiatement les lèvres de la partie supérieure de la plaie, pour éviter à la fois l'issue de l'intestin et la pénétration de liquide amniotique dans le ventre. Quand le liquide amniotique est normal, il n'y a pas grand inconvénient à ce qu'il se répande dans la cavité abdominale ; mais est-il putréfié et fétide, et c'est souvent dans ce cas qu'on fait l'opération de Porro, il y a un grand intérêt à ce qu'il ne vienne pas au contact de la séreuse péritonéale.

L'utérus est donc attiré hors du ventre et soulevé ; puis un lien élastique est placé à sa partie inférieure, au ras de la paroi abdominale, pour assurer l'hémostase pendant la section de l'utérus.

L'incision utérine n'a pas ici la même importance que pour la césarienne conservatrice ; son siège et sa direction importent peu. On fera l'incision transversale du fond, ou l'incision longitudinale de la face antérieure, en évitant toutefois de la faire descendre trop bas sur le segment inférieur.

Le fœtus et le placenta sont rapidement extraits. L'utérus vidé de son contenu, on procède à son ablation.

Mais il faut avoir soin, avant d'amputer l'utérus, de bien appliquer le lien élastique à l'union du col et du segment inférieur, en évitant de comprendre la vessie ou l'intestin dans son anse. On fait décrire au lien deux anses autour du col; les deux chefs ramenés en avant sont saisis solidement dans un clamp, et liés avec un fil de soie, pour assurer l'hémostase définitive du moignon.

Puis, avec un fort bistouri, on ampute l'utérus à deux travers de doigt au-dessus du lien élastique. On évide alors le moignon aussi profondément que possible, et « on fait l'ablation de tous les tissus exubérants, en ne laissant juste que la quantité nécessaire pour servir de soutien au lien hémostatique » (Potocki) (1).

Le moignon est cautérisé à sa surface et dans l'intérieur du canal cervical, où l'on enfonce assez profondément la pointe du thermocautère.

On le traverse au-dessus du lien élastique, avec une forte broche d'acier qui le maintiendra au-dessus de la paroi abdominale. Enfin, au-dessous du lien élastique, on suture à la soie le péritoine pariétal et le péritoine du moignon, pour isoler celui-ci de la cavité abdominale. Des adhérences s'établiront bien vite entre les surfaces péritonéales, et la portion du pédicule qui va se spha-

(1) POTOCKI. *Annales de gynécologie*, 1889, t. XXXII, p. 428.

céler, extériorisée en quelque sorte par rapport à la cavité abdominale, ne pourra pas infecter cette dernière par ses sécrétions.

Le traitement consécutif du moignon a une grande importance. Autrefois, beaucoup de malades mouraient de septicémie due à la résorption des substances putrides qui se formaient au niveau du pédicule ramolli et sphacélé.

Actuellement on panse ce dernier antiseptiquement, et on en surveille avec soin la mortification. On l'entoure de bandelettes de gaze iodoformée, et on le saupoudre avec un mélange à parties égales de tanin, d'iodoforme et d'acide salicylique. Il se dessèche alors sans donner lieu à aucun suintement.

Mais la gangrène peut être humide, et le pédicule sécréter des liquides en assez grande abondance. Il faut, dans ce cas, renouveler fréquemment les pansements, et détacher soigneusement avec les ciseaux les parties ramollies et putréfiées.

Au 8^e jour, on enlève les fils de la paroi abdominale. « Vers la 3^e semaine, généralement le moignon tombe avec le lien de caoutchouc, et il ne reste plus qu'un entonnoir assez profond qui se remplit de granulations et se comble plus ou moins vite » (Potocki).

Au bout de six semaines, la plaie est ordinairement cicatricée et la malade peut se lever. Nous voyons que la cicatrisation est assez longue et, pendant sa durée, la malade est exposée aux complications des plaies qui suppurent. En effet, si la plaie n'est pas promptement débarrassée des produits putrides et septiques qui se forment

à sa surface, et résultent de l'élimination lente du pédicule, il peut en résulter les plus graves dangers : septicémie, ouverture d'un foyer purulent dans la cavité péritonéale et péritonite mortelle, communication du foyer avec la vessie et le rectum et fistules consécutives. Assez fréquentes autrefois, ces complications sont maintenant exceptionnelles, grâce au traitement antiseptique du moignon.

La statistique de Léopold, publiée en 1898, nous montre les bons résultats de l'opération de Porro :

29 opérations de Porro.

Mortalité, 10,3 pour 100.

Telle est la statistique brute. Cette statistique tombe à 3,7 pour 100, si on défalque deux cas de mort non imputables à l'opération :

α) État cachectique amené par un sarcome médullaire de l'ovaire droit;

β) Femme opérée quasi-moribonde avec lésions cardiaques non compensées, urines albumineuses, anasarque généralisée.

Nous rappellerons que les résultats fournis par la césarienne conservatrice sont les suivants :

Statistique brute . . . 9,8 pour 100.

— expurgée. 5,8 pour 100.

L'opération de Porro, outre ses bons résultats, présente assurément certains avantages : facilité et rapidité d'exécution, grande sécurité opératoire par l'extériorisation de la plaie d'exérèse, et par l'absence d'hémorragie secondaire.

Mais elle offre aussi quelques inconvénients : cicatri-

sation lente, suppuration prolongée du moignon, abcès, fistules, risques d'éventration, rétraction de la paroi abdominale au niveau de la cicatrice.

Hystérectomie supravaginale.

Les auteurs qui sont partisans de cette méthode emploient généralement le procédé de Schröder.

Un temps important de ce procédé est constitué par la désinfection de la muqueuse utérine; car cette muqueuse souvent infectée peut être le point de départ d'accidents septicémiques. Il faut donc évider largement la plaie en forme d'entonnoir, en disséquant et enlevant le plus possible de muqueuse; puis on la cautérise au thermocautère, en ayant soin d'enfoncer celui-ci verticalement dans le canal cervical.

Un second temps non moins important que le premier est celui de l'hémostase du moignon. Ligatures des vaisseaux et sutures des lèvres du pédicule concourent à ce but. On liera donc avec soin tous les vaisseaux qui saignent à la surface de la plaie. Puis on fera une suture continue à plans superposés au catgut; et par-dessus, le péritoine sera suturé en surjet, de façon à fermer complètement la cavité péritonéale.

Quand on réduit le pédicule par ce procédé, on s'expose à un double danger: l'hémorragie et la septicémie.

L'hémorragie secondaire est toujours à craindre, surtout quand il s'agit d'un pédicule très vasculaire, comme est celui qui résulte de l'amputation d'un utérus gravide.

Agitation extrême, accélération et petitesse du poulx, gonflement du ventre, pâleur du visage et des muqueuses, tels sont les signes avertisseurs de cette hémorragie interne. A la moindre alerte, il ne faut pas hésiter à rouvrir le ventre pour lier les vaisseaux qui saignent, et pour enlever les liquides et les caillots.

La septicémie peut provenir de fautes opératoires, d'asepie insuffisante ; mais la cause assurément la plus fréquente est l'infection du péritoine par l'intermédiaire du pédicule réduit. De là les précautions recommandées de détruire la muqueuse, d'affronter exactement les surfaces pour obtenir une réunion rapide, et une occlusion parfaite.

Malgré les inconvénients que présente l'abandon du pédicule dans le ventre, quelques auteurs se sont montrés partisans de cette méthode.

Bertazzoli (Milano. *Annale di ost. e ginec.*, 1891) passe en revue toutes les opérations de Porro, qui ont été faites avec réduction du pédicule depuis 1878 à 1891.

Pour cet auteur, la ligature pure et simple donne de bons résultats, mais la méthode de Schröder réduit le volume du pédicule et ferme mieux la communication de la cavité cervicale et de la cavité péritonéale. « Lorsque la cavité utéro-vaginale n'est pas infectée, il vaut mieux abandonner le pédicule dans la cavité péritonéale ».

H. M. Bossi (Congrès médical de Rome. In *Ann. gyn.*, 1894). Sur l'opération de Porro, à propos de 6 cas, suivis de succès.

Dans deux cas, réduction du pédicule par la méthode de Schröder.

Dans trois cas, réduction du pédicule en laissant le lien élastique en place.

Dans un cas, ablation totale de l'utérus, suivant la méthode de Martin pour fibro-myomes.

Dans les 3 cas, où il réduisit le pédicule avec le lien élastique, celui-ci fut éliminé plus ou moins tardivement.

Par contre Nicodémi (In *Ann. gyn.*, 1898) n'est pas partisan de cette méthode. Il se prononce nettement pour le Porro avec traitement extrapéritonéal du pédicule.

Pour cet auteur, l'abandon du pédicule dans le ventre, très recommandable dans l'hystérectomie pour fibromes, implique de graves dangers avec la césarienne.

a) Pénétration de germes dans le péritoine par le canal cervical.

b) Nécrose plus ou moins notable des tissus utérins.

c) Dangers d'hémorragie ; et nécessité de procéder à une hémostase minutieuse de tous les points saignants.

Nicodemi rejette la proposition d'Olshausen d'abandonner le pédicule, avec le lien élastique dans le ventre, procédé passible de ces deux reproches : risques de nécrose et tendance fatale à l'élimination du lien élastique. Il déconseille également le procédé de Frank, modifié par Mascagni de retournement du pédicule dans le vagin.

Les critiques formulées au sujet de cette méthode : dangers d'infection, nécrose plus ou moins notable des tissus utérins, nécessité de procéder à une hémostase minutieuse de tous les points saignants sous peine de voir survenir une hémorragie secondaire ; toutes ces

critiques sont fondées assurément, quoique peut-être empreintes d'une certaine exagération, car cette méthode compte de nombreux succès.

Mais l'hystérectomie supravaginale a été perfectionnée ; le procédé de Schröder est déjà un peu ancien, et la méthode qui est maintenant employée en gynécologie par la plupart des chirurgiens, c'est la méthode américaine, l'hystérectomie sub-totale de certains auteurs (Ricard).

Cette méthode d'hystérectomie partielle a donné, dans le traitement des fibromes et d'autres affections utéro-annexielles, d'excellents résultats.

M. Terrier a publié une statistique de 45 opérations pratiquées en 1896-97.

Sur ces 45 opérations, il fit 26 hystérectomies supravaginales et eut 5 insuccès.

Soit 15,38 pour 100 de mortalité.

En 1898, il fit 24 hystérectomies supravaginales avec 1 mort.

Résultats meilleurs que ceux fournis par l'hystérectomie abdominale totale :

6 hystérectomies totales, 2 morts.

Aussi M. Terrier conclut-il : « Je conseillerais, tout en utilisant l'hystérectomie abdominale totale, quand les circonstances l'exigent, de lui préférer l'hystérectomie supravaginale, plus simple, plus rapide, et qui certainement donne des résultats le plus souvent excellents, comme l'ont constaté nombre de chirurgiens. »

(1) F. TERRIER. De l'hystérectomie abdominale totale et partielle (supravaginale). In *Revue de chirurgie*, 1898.

Technique de l'hystérectomie supravaginale
(Méthode américaine).

M. Terrier décrit ainsi cette méthode :

« Position de Trendelenburg.

« Ligatures des annexes des deux côtés et résection. Souvent pinces à pression au niveau des ligaments ronds, qu'on lie ultérieurement, soit avec une simple anse de fil passée dans le tissu du ligament large, soit avec deux fils en X, formant deux anneaux entre-croisés (ligature en chaîne.)

« Taille du lambeau péritonéal antérieur, qui doit s'étendre d'un pédicule utéro-ovarien à l'autre. Ce lambeau est décollé d'abord sur la ligne médiane, où il adhère souvent, ce qui nécessite quelques coups de ciseaux dans le tissu utérin, puis sur les parties latérales, où la chose est des plus faciles.

« C'est là qu'on va à la recherche du tronc des utérines qu'il faut s'efforcer de bien isoler des parties voisines, de façon que la ligature soit faite aussi immédiate que possible, et soit placée au niveau du col utérin.

« Les utérines liées, on fait avec le bistouri, ou avec des ciseaux, la section sus-vaginale du col utérin, section qui parfois donne un peu de sang, d'ailleurs très facile à arrêter avec le couteau du thermocautère, en même temps qu'on cautérise vigoureusement la cavité du col utérin.

« Puis on excise en coin la muqueuse du col déjà cautérisée et on taille sur le col un coin, de façon que la su-

ture applique bien l'une contre l'autre les deux lèvres utérines résultant de la taille de ce coin.

« Suture en surjet à la soie, et assez serrée, des lèvres du col utérin, dont l'hémostase provisoire a été faite à l'aide du thermocautère.

Puis suture en surjet et toujours à la soie, du lambeau péritonéal antérieur et des deux ligaments larges. Enfourer autant que possible dans cette suture les deux pédicules utéro-ovariens et les deux pédicules dus à la ligature des ligaments ronds, de façon à obtenir du côté de la cavité abdominale une surface péritonéale absolument nette et sans solution de continuité.

« C'est, croyons-nous, le point important à obtenir dans cette opération, et ce qui la rend aussi bénigne que possible » (Terrier).

Ainsi qu'on peut le voir, cette méthode est supérieure au procédé de Schröder.

Les chances d'infection sont moindres par suite de la réduction du moignon à ses plus petites dimensions.

De plus, grâce à la ligature des artères utérines, l'hémorragie secondaire n'est plus à craindre, car l'hémostase est parfaite. Il nous semble que cette méthode encore peu employée en obstétrique est appelée à rendre de réels services, et doit être utilisée dans certains cas, de préférence à l'hystérectomie abdominale totale.

Hirst B. C. (1) (de Baltimore), franchement partisan

(1) HIRST (B.-C.). Valeur comparée de la gastro-hystérotomie et de la gastro-hystérectomie, dans les cas nécessitant l'opération césarienne. Communication à la Société d'obst. et de gyn. de Baltimore, 8 mars 1898. *Amer. Journ. of obst.*, 1898, XXXVII.

des opérations mutilatrices, déclare qu'il préfère le traitement intrapéritonéal du pédicule, comme étant beaucoup plus satisfaisant que le procédé par fixation extrapéritonéale. Il a pratiqué avec succès depuis 6 ans un certain nombre d'hystérectomies supravaginales (pédicule interne) en employant la technique la meilleure et la plus moderne, (ligature des artères du ligament large.)

Hystérectomie abdominale totale.

Les récents progrès de la chirurgie abdominale ont appelé l'attention des accoucheurs sur les services que peut rendre en obstétrique l'hystérectomie abdominale totale.

En 1897, M. Pinard (Académie de médecine, février), partisan jusqu'alors de l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique (Porro), déclare qu'il a modifié sa manière de faire, et qu'il préfère maintenant l'ablation totale de l'utérus, « non seulement parce que l'absence de moignon rend les suites opératoires beaucoup plus courtes, mais encore et surtout, parce que cette nouvelle opération pourra permettre de pratiquer avec succès l'opération césarienne, dans les cas d'utérus infectés, ce que n'osaient pas faire jusque-là les césariens les plus résolus ».

Technique de l'hystérectomie abdominale totale complémentaire ou non de la section césarienne.

La paroi abdominale est incisée sur une étendue assez considérable pour permettre d'attirer l'utérus hors

du ventre. Des pinces sont placées à la partie supérieure de la plaie pour empêcher l'issue de l'intestin.

Si le fœtus est mort, on procède immédiatement à l'ablation de l'utérus, sans hystérotomie préalable.

Dans le cas contraire, l'utérus est soulevé, et un lien élastique est placé à sa partie inférieure au ras de la paroi abdominale, pour assurer l'hémostase pendant la section de l'utérus.

Incision de l'utérus, extraction de l'enfant et du placenta.

« L'hémostase des bords de la plaie est assurée par deux pinces à longs mors. On supprime le lien élastique qui a été fixé autour du col pendant la première partie de l'opération. La malade est placée sur le plan incliné et on procède à l'hystérectomie abdominale totale (Pinard).

Deux méthodes sont employées le plus souvent en gynécologie : la méthode américaine, et le procédé de Doyen.

M. Segond (1), partisan de la méthode américaine l'a employée pour faire l'ablation d'un utérus gravide, dans un cas de rétrécissement extrême du bassin, après section césarienne faite par M. Pinard.

Voici la relation qu'il donne de l'opération : « Ligature et section de l'artère utéro-ovarienne gauche, en dehors des annexes ; même manœuvre pour l'artère du ligament rond ; et d'un coup de ciseaux, section du ligament large de haut en bas jusqu'à l'artère utérine.

(1) PINARD et SEGOND. Gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail à terme, ayant un rétrécissement extrême du bassin. In *Ann. gyn.*, 1897.

« Isolement soigné, ligature et section de celle-ci, puis au-dessous d'elle, dans le cul-de-sac latéral, ouverture directe du vagin, sans autre guide que la perception digitale du col au travers des parties molles.

« Par cette brèche vaginale latérale, préhension et renversement du museau de tanche en haut et à gauche, à l'aide d'une pince appropriée; puis en quelques coups de ciseaux, libération complète du col en arrière et en avant, avec la précaution d'entailler à ce niveau et sur la face utérine antérieure un lambeau péritonéal suffisant. Enfin continuation des tractions sur le col en haut et à gauche, jusqu'à la découverte fort simple de l'utérine correspondante. Ligature de celle-ci et section du ligament large droit de bas en haut, avec ligatures successives de l'artère du ligament rond et de l'artère utéro-ovarienne.

« Donc en tout, six ligatures maîtresses. Cela fait, le foyer opératoire est complètement étanche. Les surfaces cruentées sont simplement parées en ramenant au-dessus d'elles les lambeaux péritonéaux disponibles, sans prendre la peine d'allonger l'intervention par un surjet péritonéal. Drainage par une mèche de gaze iodiformée placée dans le vagin » (Segond).

Cette méthode présente de multiples avantages : « Simplicité de l'arsenal instrumental, grande sécurité opératoire; suppression des ligatures en masse avec fils énormes, et possibilité précieuse entre toutes de découvrir un à un les vaisseaux pour les lier successivement et sûrement avec des fils fins et solides (Segond), tels sont les principaux éléments qui assurent la supériorité de cette méthode.

Vautrin et Schuhl (1) qui ont pratiqué une hystérectomie abdominale totale pour fibromes, pendant le travail, s'expriment en ces termes au sujet de la technique opératoire qu'ils ont suivie (Méthode de Doyen) :

« Après l'incision de la paroi abdominale, l'utérus apparaît flanqué de fibromes et de plexus veineux ligamentaires très développés. « L'extracteur hélicoïde est fixé dans l'un des fibromes, ce qui permet d'attirer hors du ventre toute la masse utérine. Les pédicules vasculaires supérieurs sont écrasés aussitôt à l'aide de l'angiotribe de Doyen, puis liés.

« Dégagement du ligament large gauche jusqu'à l'utérine correspondante qui est pincée; puis une collerette péritonéale est détachée sur la face postérieure de l'utérus, jusqu'au niveau du vagin qui est ouvert d'un coup de ciseaux.

« Le col utérin ramolli et dilaté est saisi par une pince à griffes, amené dans la plaie, puis fermé à l'aide d'une longue pince à mors acérés afin d'arrêter l'écoulement des liquides sanieux venant de l'utérus. Le ligament large droit est alors libéré de bas en haut, en pinçant et sectionnant l'utérine, puis l'utérus est détaché suivant le mode de Doyen, en séparant la vessie par arrachement.

« Les ligatures des pédicules sont vite placées, après ramonage du vagin à l'aide de compresses. Un tube en croix est placé dans le vagin et, par-dessus, la collerette

(1) VAUTRIN et SCHUHL, De l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes pendant le travail. In *Obstétrique*, 1899.

péritonéale est suturée, tous pédicules cachés ». (Vautrin et Schuhl).

Ces deux procédés ont une égale valeur ; entre des mains expérimentées, ils peuvent donner les meilleurs résultats. Mais si la manière de Doyen est plus brillante, la méthode américaine offre plus de sécurité, surtout quand il s'agit d'un utérus à vascularisation maxima comme est l'utérus gravide.

Car, fait observer M. Pinard, « ce qu'on doit viser avant tout c'est l'épargne du sang, la perfection de l'hémostase », les détails d'exérèse importent moins. Or, au point de vue de l'hémostase, le procédé américain est supérieur, car « dès les premiers coups de bistouri, l'opérateur se préoccupe de lier les vaisseaux », et l'hémostase est parfaite.

On a formulé quelques critiques au sujet de l'hystérectomie abdominale totale obstétricale.

La vascularisation énorme des ligaments pendant le travail serait pour certains une cause de difficultés opératoires. Mais cette augmentation de volume des vaisseaux ne facilite-t-elle pas au contraire leur préhension et leur ligature ? On a sous les yeux les pédicules vasculaires, ils sont très apparents, on peut aisément les dénuder entre les feuillets du péritoine et les lier un à un avec des fils fins et solides, comme l'a montré et pratiqué M. Segond.

Quand on donne le coup de ciseaux sur le cul-de-sac vaginal et qu'on attire le col en haut vers la cavité abdominale, il faut avoir soin de bien obturer l'orifice externe, pour qu'il ne puisse s'écouler de produits septiques dans le péritoine.

C'est là un temps délicat de l'opération.

« Dès que le cul-de-sac vaginal est ouvert on saisit rapidement le col, et tandis qu'une large pince à griffes rapproche les lèvres antérieures et postérieures, pour empêcher la sortie des produits septiques, un aide attire avec une pince de haut en bas des compresses stérilisées destinées à ramoner le vagin et à fermer son ouverture béante ». (Vautrin et Schuhl).

Le col étant ainsi maintenu par des pincées, on finit de libérer l'utérus de ses insertions vésico-vaginales, et si l'on surveille bien en même temps le mouvement d'ascension du col, on évitera qu'il ne vienne au contact des compresses du champ opératoire.

Le danger qui menace la femme c'est l'infection.

L'hétéro-infection sera évitée en pratiquant une asepsie minutieuse. Quant à l'auto-infection, elle pourra emporter la malade sans qu'il faille en rien incriminer ni l'opérateur, ni l'opération. Les microbes et leurs toxines sont répandus dans tout l'organisme; il ne s'agit plus d'une infection locale, mais d'une septicémie généralisée, contre laquelle on sera le plus souvent impuissant, mais que seule l'hystérectomie totale aura des chances de maîtriser, car en supprimant l'utérus, on supprime du même coup le foyer d'élaboration des produits septiques, source de tous les accidents.

En somme la technique de l'hystérectomie abdominale totale est arrivée à un haut degré de perfection qui la rend presque aussi simple et aussi rapide que le Porro et que l'hystérectomie supravaginale. Cependant il faut reconnaître que cette opération ne peut et ne doit être

entreprise que par des chirurgiens rompus à la pratique des laparotomies. Des praticiens moins expérimentés ne devront pas hésiter, le cas échéant, à recourir au classique Porro.

Disons-nous, pour finir, les avantages de l'extirpation totale? Suppression du moignon presque toujours infecté, facilité du drainage vaginal, fermeture hermétique de la séreuse abdominale, sont autant d'éléments qui assurent la supériorité de l'hystérectomie abdominale totale sur le Porro.

De nombreux auteurs se sont, dans ces dernières années, montrés partisans de cette méthode.

M. Pinard (1), dans un cas de rétrécissement extrême du bassin, chez une femme en travail, à terme, « décide de pratiquer la gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale, contrairement à la conduite suivie jusque-là dans les cas semblables, où il pratiquait la gastro-hystérotomie suivie de l'amputation utéro-ovarique (opération de Porro) ».

Guermonprez (2) de Lille s'exprime ainsi au sujet de cette méthode :

« L'hystérectomie abdominale totale et l'opération césarienne peuvent être faites sans désemparer. Cette méthode est aussi réalisable que le Porro.

« La technique opératoire peut être la même que celle

(1) PINARD et SEGOND. Gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail à terme, ayant un rétrécissement extrême du bassin. In *Ann. gyn.*, 1897.

(2) GUERMONPREZ. Hystérectomie abdominale totale substituée à l'opération de Porro. *Archives de tocologie et gynécologie*, septembre 1895.

de l'hystérectomie abdominale totale pratiquée en dehors de la gravidité. « Mais il faut tenir grand compte de la vascularisation beaucoup plus grande à la fin de la grossesse que pendant l'état de vacuité. »

Vautrin et Schuhl : « La substitution de l'hystérectomie totale à l'ancienne opération de Porro ou à ses dérivés a déjà eu un salutaire effet, qui ne fera que s'accroître dans l'avenir. »

« Les procédés actuels sont arrivés à un tel degré de perfection et de rapidité qu'on ne peut même plus dire que le Porro soit d'une exécution plus simple et plus leste, même chez une femme affaiblie. »

Boldt de New-York se déclare partisan résolu de l'hystérectomie totale.

Pour lui, cette opération sera employée de préférence à l'hystérectomie supravaginale avec traitement extra-péritonéal du pédicule :

« L'utérus peut être rapidement enlevé par l'application de clamps de chaque côté des ligaments larges. La différence de temps entre une opération de Porro et une hystérectomie totale idéale n'excède pas quelques minutes, parce qu'on ne met pas de lien élastique sur le col, et que le temps employé à la fixation du pédicule à l'angle inférieur de la plaie est à peu près égal à celui consacré à la ligature des vaisseaux, et à la suture du péritoine, après l'extirpation de l'utérus. »

(1) BOLDT. The Porro operation versus total hysterectomy. *Am. J. obst.* New-York, n° 9, 1898.

Si le fœtus est mort, on enlèvera l'utérus sans hystérotomie préalable.

« Les avantages de l'hystérectomie totale sur le Porro sont les suivants :

- 1° Danger d'infection moindre ;
- 2° Aucun risque d'hémorragie secondaire ;
- 3° Moins de danger d'obstruction intestinale ;
- 4° Période de convalescence plus courte ;
- 5° Risques moindres d'éventration.

Quant aux inconvénients, il n'y en a aucun que la pratique n'ait rendu négatif. »

Théoriquement, comme procédé d'exérèse de l'utérus gravide à la suite de section césarienne ou sans hystérotomie préalable, l'hystérectomie abdominale totale est l'opération idéale. En est-il de même pratiquement ?

Statistique :

Cas d'hystérectomie abdominale totale obstétricale publiés depuis 1879 jusqu'à 1901.

Ces cas sont ainsi répartis :

Cancer du col. 13 cas, 6 guérisons, 7 morts.

Fibromes 10 cas, 9 guérisons, 1 mort.

Bassins rétrécis 8 cas, 7 guérisons, 1 mort.

Tumeur intraligamentaire. 1 cas, 1 guérison.

Fistule uretéro-vaginale d'origine puerpérale (2) 2 cas, 1 guérison, 1 mort.

Cette statistique nous montre, ainsi que le fait

(1) Voir les observations p. 64, 71, 78, 95.

(2) (Ann. gyn. Avril 1901, p. 279).

observer M. Varnier, « qu'au point de vue du pronostic opératoire, il y a une différence capitale entre l'extirpation totale d'un utérus cancéreux, et celle d'un utérus atteint de fibromes, ou non dégénéré (rétrécissement du bassin).

Sans doute les cas que nous avons réunis sont trop peu nombreux et insuffisants pour que nous puissions émettre sur la valeur de cette opération une opinion en connaissance de cause. Toutefois il faut admettre que les résultats sont encourageants, abstraction faite des cas de cancer, et nous permettent d'espérer que l'hystérectomie abdominale totale sera d'une pratique plus courante en obstétrique. Elle devra, dans un certain nombre de cas, être employée de préférence à l'opération de Porro, et à l'hystérectomie supravaginale, sans toutefois leur être substituée d'un façon systématique.

CHAPITRE IV

Des indications de l'opération césarienne conservatrice et des opérations mutilatrices dans les cas qui sont justiciables de l'hystérotomie.

Rétrécissements du bassin.

Dans les rétrécissements du bassin, le pronostic de l'accouchement dépend à la fois du degré de sténose pelvienne et du volume du fœtus. Toutefois ce dernier facteur n'intervient comme élément d'appréciation que dans les cas de bassins moyennement rétrécis (diamètre promoto-pubien minimum de 7 centimètres et au-dessus). Car dans les rétrécissements extrêmes du bassin (D. U. de 6 centimètres et au-dessous), quelles que soient les dimensions du fœtus, on ne pourra guère espérer qu'il puisse franchir la filière pelvienne, même après symphyséotomie — et ces cas sont nettement justiciables de la section césarienne.

Pour les rétrécissements moyens, il y a matière à discussion. L'accouchement se fera-t-il spontanément ? Ou bien si l'on doit intervenir fera-t-on une césarienne ou une symphyséotomie ? A vrai dire, ces deux méthodes ont leurs plus chauds partisans, et en Allemagne Léopold, Zweifel pratiquent la césarienne, pour tels cas qu'on

estimerait en France, relever de la symphyséotomie. D'ailleurs nous ne discuterons pas les mérites et les inconvénients de chacune de ces méthodes ; ce serait sortir de notre cadre. Nous nous bornerons à rechercher quel procédé, conservateur ou non, on devra employer, dans les cas où on pratiquera la section césarienne.

En présence d'un rétrécissement du bassin nécessitant l'accouchement césarien, la première question que doit se poser l'accoucheur est celle-ci : La femme est-elle infectée ? Nous avons vu que toutes les causes d'infection (poche des eaux rompue depuis plusieurs heures, examens répétés et suspects, applications de forceps infructueuses, fièvre, gonorrhée, etc.) constituaient pour Léopold une contre-indication formelle à la conservation de l'utérus. C'est dire que, dans ces cas, on devra recourir aux méthodes mutilatrices. Si le médecin a peu l'habitude des laparotomies, et une fois par hasard, il fera l'amputation utéro-ovarique (Porro). Dans le cas contraire l'hystérectomie abdominale totale s'impose pour les raisons déjà indiquées qui nous font préférer l'ablation totale à l'ablation partielle, avec traitement extra ou intrapéritonéal du pédicule.

Mais la femme n'est pas infectée — ou du moins on la croit telle — il y a lieu encore, avant de prendre une décision, de rechercher si la femme n'a pas un mauvais état général, ou quelque affection contre-indiquant la césarienne conservatrice.

Ces contre-indications ont été formulées par Léopold.

Ce sont : mauvais état général, anémie grave, lésions cardiaques non compensées, affection rénale rendant la

femme plus sujette aux hémorragies secondaires et à l'infection, inertie utérine, ostéomalacie, etc.

Dans sa statistique publiée en 1898, nous voyons qu'il a pratiqué 29 opérations de Porro. Dans 20 cas, ce fut pour les causes sus-énoncées ; et ces cas sont répartis de la manière suivante :

9 fois pour suppression de conception, à cause du rétrécissement pelvien rachitique considérable.

2 fois pour lésions cardiaques graves non compensées et néphrite.

2 fois pour rétrécissement extrême et anémie constitutionnelle grave.

5 fois pour inertie utérine, non seulement par crainte d'hémorragie, mais aussi en considération de cette notion clinique que les femmes qui ont perdu beaucoup de sang sont exposées plus que les autres aux thromboses, embolies, et surtout aux processus septiques.

2 fois pour ostéomalacie.

Outre l'infection, ces conditions restreignent notablement, on le voit, les indications de l'hystérotomie simple.

Dans les cas où la femme sera indemne des affections que nous venons de mentionner, y aura-t-il avantage à faire la césarienne conservatrice ?

Si l'on ne craint pas l'éventualité d'une nouvelle grossesse avec un utérus ayant subi la section césarienne, si l'on ne redoute pas la rupture utérine rendue possible par l'amincissement extrême de la paroi au niveau de la cicatrice, si, en un mot, on est partisan des opérations césariennes répétées, nous répondrons par l'affirmative.

Juge-t-on au contraire que conserver l'utérus en vue d'une grossesse ultérieure, c'est d'une part exposer la femme à des dangers réels, du fait même de cette grossesse, que c'est d'autre part lui faire courir les risques d'une nouvelle opération césarienne dont l'heureuse issue est toujours aléatoire ; on ne doit pas hésiter alors à préférer les procédés radicaux d'emblée à la méthode conservatrice.

Nous rapportons à titre de documents les deux observations suivantes, recueillies dans le service de M. Lepage. Dans le premier cas, l'hystérotomie a été suivie d'une opération de Porro ; dans le second cas, d'une Hysterectomie subtotale.

OBSERVATION I

Rupture prématurée des membranes 5 jours avant l'accouchement.

— *Bassin rétréci.* — P. S. P. = 9,6. — *Siège décomplété.* —

Opération de Porro.

(Observation inédite.) N° 52.

F... D..., 33 ans, ménagère, entrée dans le service de M. Lepage, à la Pitié, le 2 février 1901, à 2 heures et demie du soir.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte à 24 ans d'érysipèle.

Antécédents physiologiques. — A marché à 2 ans ; a toujours bien marché.

Réglée à 15 ans. Règles abondantes, douloureuses, durant 8 jours ; souvent en retard. Après son mariage, les règles n'ont plus été douloureuses et sont moins abondantes.

Antécédents pathologiques. — Bronchite à 30 ans.

Grossesses et accouchements antérieurs.

1^{er} accouchement le 6 novembre 1891. — Garçon à terme, sommet. Accouchée par une sage-femme à la campagne. 56 heures de travail. Enfant mort-né.

2^e accouchement, à terme, le 17 septembre 1894. — Symphysectomie à la Charité par M. Boissard. Fille nourrie au sein par la

mère pendant 14 mois ; vivante actuellement. La marche a été difficile pendant 2 ans. Pendant 2 mois, incontinence d'urine.

3^e accouchement le 4 juin 1895. — Accouchement spontané, à terme à la Charité. Garçon nourri au sein par la mère pendant 10 mois ; bien portant.

4^e accouchement, 25 juillet 1897, prématuré, 8 mois, siège. Enfant mort 8 jours avant l'accouchement à la Maternité.

5^e accouchement, 25 mai 1899, à terme. Siège. La femme fut envoyée de la ville par un médecin, qui n'avait pu faire la manœuvre de Mauriceau. L'enfant mort pendait entre les jambes de la femme. M. Lepage fit une basiotripsie sur la tête dernière. Enfant de 3350 grammes sans la matière cérébrale.

Diamètre P. S. P., 10^{cm}, 1.

Même père pour toutes les grossesses, bien portant.

Dernières règles du 16 au 20 avril 1900. Le 26 mai, cette femme perd pendant 3 jours un liquide légèrement teinté de sang.

Apparition des mouvements actifs le 12 septembre 1900.

Hauteur de l'utérus, à l'entrée de la femme dans le service, 33 centimètres.

La femme vient de chez elle et ne faisait que son ménage.

Examen. — Varices des membres inférieurs et du vagin. Hémorroïdes.

Bride cicatricielle au-dessus de l'urètre. (Fréquence des mictions depuis le début de la grossesse.) Déchirure large et médiane du col. Brides cicatricielles allant de la lèvre antérieure du col vers le vagin.

Les urines n'ont pas été examinées pendant la grossesse ; il n'y a pas d'albumine au moment de l'accouchement.

Rien au cœur et aux poumons.

Pas d'œdème.

Présentation du siège en S. I. G. P.

Bassin. — P. S. P., 9^{cm}, 6.

Auscultation. — Bruits du cœur bons. Foyer d'auscultation à droite et au-dessus de l'ombilic.

Cette femme avait perdu les eaux le 1^{er} février, avant son entrée.

5 février. — Elle commence à souffrir vers 5 heures du soir. A 9 heures du soir, on constate que l'enfant perd du méconium. Les bruits du cœur sont sourds. Le siège n'est pas engagé. La dilatation de l'orifice utérin est de un franc à peine. Les bords de l'orifice sont peu souples.

M. Lepage voit la femme à 11 heures du soir et, se basant sur l'état cicatriciel du vagin et de la zone péri-urétrale, sur le rétrécissement du bassin, la nécessité d'une intervention presque à chaque accouchement, l'état de souffrance du fœtus, il décide de pratiquer l'opération de Porro, bien que le fœtus ne paraisse pas volumineux.

A 11 heures 50 du soir, incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane. L'utérus est incisé *in situ* sur la ligne médiane. Le placenta est inséré sur la paroi antérieure. M. Lepage le décolle rapidement, ainsi que les membranes, et extrait l'enfant à minuit 10.

L'hémorragie produite par l'incision de la paroi et le décollement du placenta est peu considérable. Aucune goutte de sang n'a pénétré dans l'abdomen.

L'utérus est alors basculé en avant et serré à sa partie inférieure par la main de l'aide. Mais ce mouvement permet aux intestins (colon transverse surtout), météorisés, de faire hernie au dehors. M. Lepage éprouve de sérieuses difficultés à leur faire réintégrer l'abdomen. A l'aide de deux pinces, il ferme provisoirement la plaie abdominale, de façon à empêcher la hernie de l'intestin de se produire. Il place autour de l'utérus un tube de caoutchouc, qu'il serre au-dessous de son incision, sur la paroi antérieure, le fixe par un serre-nœud ; et, au-dessus de cette anse élastique, enfonce une broche qui l'empêche de glisser.

Section de l'utérus à un travers de doigt au-dessus de la broche.

M. Lepage ferme ensuite la paroi abdominale par un double surjet, autour du pédicule de l'utérus ; cautérise au thermocautère le moignon utérin et laisse une pince à demeure sur une artériole du pédicule utérin, en arrière de la ligature.

Examen de la pièce enlevée. — L'utérus est ouvert sur sa face

antérieure. Les trompes, très longues et rectilignes, ont été sectionnées au niveau du pavillon. Les ovaires, à surface irrégulière, paraissent légèrement scléreux.

L'enfant, né étonné et avec une pâleur très marquée, est facilement ranimé.

Sexe féminin.

Poids, 2 830 grammes.

Longueur totale, 47 centimètres.

O. M., 12,1.

O. F., 10,8.

S. O. B., 10,3.

S. O. F., 11,2.

B. P., 8,8.

B. T., 8.

S. M. B., 9,5.

Circonférence de la tête, 30-31 centimètres.

Poids :

1^{er} jour, 2 830 grammes.

2^e 2 820 —

3^e 2 820 —

4^e 2 760 — (Prend le sein de sa mère.)

5^e 2 720 —

6^e 2 850 —

7^e 2 900 —

8^e 2 890 —

9^e 3 000 —

10^e 3 010 —

Chute du cordon au 7^e jour.

Cicatrice ombilicale en bon état.

État de l'enfant à la sortie, bon. Poids, 3 990 grammes.

Date de la sortie, 17 mars 1901.

Suite de l'observation de la mère.

6 février, matin. — Bon état général. Pouls à 86. La malade a

besoin d'uriner et elle ne peut le faire spontanément ; il faut la sonder.

7 heures soir. — On sonde la malade. T., 37°.

7 février, 8 heures matin. — T., 37°. Pouls, 100. On sonde la malade.

Soir. — T., 37½. Toujours pas de miction spontanée.

8 février, matin. — T., 37°. Pouls, 98. On sonde la malade.

Pansement par M. Lepage, qui retire la pince placée sur le pédicule de l'utérus. La partie superficielle du pédicule commence à se sphaceler. Pansement à la poudre d'iodoforme.

Le soir, la femme urine spontanément.

15 février. — T. s., 38°, 2. Purgation avec eau de Sedlitz. Nombreuses garde-robes. Irrigations du pédicule avec biiodure faible.

17 février. — T., 37°, 2.

Pansement et irrigation.

19 février. — Lymphangite du sein droit. Compression.

Chute du pédicule ; on met un drain.

Pansement à la gaze et à la poudre iodoformée.

27 février. — La malade se lève et fait quelques pas.

1^{er} mars. — La malade est pansée. La cicatrice du moignon n'est pas encore épidermée ; la fistule persiste. La ligne des sutures présente à la partie moyenne un point décollé de 1 centimètre de long sur 4 millimètres de large.

4 mars. — La cicatrisation avance un peu au niveau du point qu'occupait le moignon. Le point décollé reste dans le même état. M. Lepage conseille à la malade de sortir, mais elle s'y refuse.

La malade est pansée successivement le 8, le 16 mars. La fistule tend à se cicatriser, quoique lentement ; mais la partie décollée de la ligne des sutures reste absolument stationnaire, malgré l'emploi répété et alternatif de la teinture d'iode et du nitrate d'argent.

Le 17 mars. — La malade consent à partir. On lui fait avant un pansement avec un peu de gaze stérilisée maintenue à l'aide de diachylon. La malade porte une ceinture abdominale par-dessus le tout.

Le 21 mars. — La malade vient se faire panser. La cicatrisa-

tion a un peu progressé ; mais le diachylon a un peu irrité la peau, avec laquelle il était en contact. On le supprime.

Le 25. — La cicatrisation fait des progrès notables dans les deux points.

Le 29. — La plaie cutanée est tout à fait fermée. Seule une fistule persiste à la place du moignon.

Le 3 avril. — La cicatrisation est complète ; on ne met plus de pansement. Etat général parfait.

OBSERVATION II

Opération césarienne suivie d'ablation supravaginale de l'utérus pour bassin vicié coxalgique. — Enfant vivant. — Guérison.

(Observation inédite) n° 127.

A. H..., 27 ans, journalière, primipare.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 42 ans, bacillaire.

Mère bien portante.

Une sœur sujette aux bronchites et aux pleurésies.

Frère toussant beaucoup.

Trois frères et cinq sœurs morts en bas âge de méningite, choléra infantile et d'affections indéterminées.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, pas d'autres maladies qu'une coxalgie survenue à 3 ans, soignée à l'hôpital Trousseau.

A ce moment, la malade est restée au lit pendant 1 an, puis elle quitta l'hôpital et se mit à marcher à l'aide de béquilles. Au bout de 15 jours, elle recommença à souffrir et entra aux Enfants-Malades où elle séjourna encore un an.

Elle paraît être restée au lit pendant toute cette période. Passé ce temps, on l'envoie à Berck, où elle est restée 3 ans, en partie au lit, en partie marchant.

Depuis cette époque, on l'a traitée à diverses reprises. Vers 15 ans, on semble avoir fait une tentative de redressement sous le

chloroforme restée infructueuse. Tous les hivers, la malade souffre de cette hanche.

Elle était sujette à de fréquentes attaques de nerfs. Il y a 5 ans, elle en aurait eu jusqu'à quatre ou cinq par jour, à certains moments.

Depuis elles ont disparu, mais la malade est toujours nerveuse et impressionnable à l'excès.

Réglée à 10 ans et demi. Bien réglée ; avançant de 2 jours chaque mois. Règles non douloureuses, non abondantes ; durant 3 jours.

Dernières règles du 23 au 26 juin 1900.

Mouvements actifs vers le 10 novembre 1900.

Cette femme est venue consulter M. Lepage à différentes reprises, dans le service, au cours de sa grossesse. Vers le 3^e mois de sa grossesse, comme elle présentait des phénomènes de dyspnée et qu'elle toussait, elle fut admise dans un service de médecine de la Pitié, où l'on fit le diagnostic de bacillose du sommet surtout localisée à gauche.

L'examen des urines a décelé la présence d'albumine vers le 15 février. Depuis cette époque, la malade a été mise au régime lacté intégral. L'albumine a disparu le 10 mars.

Le 26 mars, on constate de nouveau une très légère quantité d'albumine.

Examen. — Squelette. Flexion de la cuisse avec abduction et rotation externe.

Cœur normal.

Poumons. — Sommet gauche ?

Pas d'œdème, pas de varices.

Présentation du siège en S. I. D. A.

Auscultation. — Bruits du cœur à droite de l'ombilic, à 7 centimètres de la ligne médiane et au même niveau.

La malade entre en travail le 26 mars au matin ; elle est mise en surveillance dans la salle.

Le 26, à 11 heures du matin, M. Lepage l'examine d'abord sans anesthésie ; mais la malade très nerveuse, et de plus souffrant de sa cuisse droite en flexion, se plaint beaucoup de cet examen. On lui donne du chloroforme, elle s'endort difficilement, après une

période d'excitation prolongée; puis le sommeil obtenu, on pratique de nouveau le toucher.

Le promontoire est très facilement accessible, il surplombe le détroit supérieur.

Diamètre P. S. P. = 8,6.

Dé plus, le bassin a subi un arrêt de développement très prononcé du côté droit (côté malade).

La cavité du bassin, de ce côté, n'existe pour ainsi dire pas.

Le fœtus se présente par le siège en gauche antérieure. Les bruits du cœur sont réguliers et bien frappés.

L'impression qui ressort de cet examen, c'est que l'accouchement spontané, avec enfant vivant, est très problématique par les voies naturelles.

M. Lepage hésite à pratiquer la symphyséotomie, en raison de l'étroitesse très marquée du bassin, et préfère recourir à l'extraction du fœtus par la voie abdominale.

De plus, comme cette femme est à peu près certainement tuberculeuse, il y a intérêt à éviter chez elle une nouvelle grossesse. On décide d'enlever l'utérus.

A 4 heures de l'après-midi, le 26, M. Lepage, assisté de M. Rudaux et de M. Le Lorier, interne de service, pratique l'intervention.

La malade est endormie au chloroforme encore assez difficilement.

Laparotomie médiane. Le péritoine incisé, on tombe immédiatement sur l'utérus, qui n'est incliné ni à droite, ni à gauche. Des compresses sont insinuées tout autour de la plaie entre la paroi et l'utérus.

On ouvre avec précaution celui-ci dans sa partie inférieure et sur la ligne médiane, par une plaie juste suffisante pour introduire un doigt. L'incision est alors prolongée rapidement jusqu'au fond de l'utérus. En y arrivant, le sang jaillit assez abondant; le placenta s'insère à ce niveau.

L'enfant, du sexe féminin, est rapidement extrait, le cordon sectionné. Il crie aussitôt et, bien qu'il reste cyanosé pendant quelque temps, on le ranime sans grande difficulté.

En même temps, la partie inférieure de l'utérus était saisie solidement et l'organe porté en avant, de manière à assurer l'hémostase et l'écoulement des liquides hors du ventre.

L'utérus se rétracte bien. Des clamps sont rapidement posés à droite et à gauche sur les ligaments larges.

L'hémostase ainsi assurée, la malade est mise en position de Trendelenbourg. Une incision circulaire est menée à 1 centimètre environ du cul-de-sac antérieur, pour décoller le péritoine antérieur. La plaie utérine saigne. On pratique l'ablation de l'utérus.

Des ligatures à la soie sont placées sur tout ce qui saigne. On résèque une partie du moignon qui est régularisé. La cavité cervicale est cautérisée au thermocautère; un surjet au catgut adosse les surfaces cruentées. Enfin un grand surjet au catgut, mené de gauche à droite, ferme le péritoine.

On fait la toilette du petit bassin dans lequel on place un drain entouré de gaze.

L'abdomen est refermé par un surjet péritonéal au catgut et des crins de Florence.

Pansement aseptique.

Injection de 1 centigramme de morphine.

Le 27. — 9 h. matin. T. 37°, 2.

Pouls à 102, régulier, bien frappé.

Langue bonne. La malade est un peu agitée et se plaint de douleurs dans le fondement.

Elle n'a pas uriné depuis hier, on la sonde.

T. soir, 37°, 3.

Le 28 matin. — T. 37°. Pouls à 108 bien frappé. Langue bonne. On enlève le drain et la mèche de gaze. La malade a des nausées, elle a vomi une fois.

Elle se plaint encore de douleurs dans le fondement qui disparaissent après l'enlèvement du drain.

Le soir, la malade a encore vomi une fois; elle souffre un peu du ventre. Un lavement n'a pas amené d'évacuation; on place une sonde rectale.

Un demi-centigramme de morphine le soir.

T. 37°, 2. Pouls régulier et bon à 98.

Le 29. — On donne le matin, à la malade, un verre d'eau de Sedlitz. État général excellent. A midi et le soir, la malade prend un œuf délayé dans du bouillon.

Le purgatif a procuré des selles abondantes.

T. 37°, 1.

Le 30. — T. 37°.

On panse la malade ; la ligne des sutures est en excellent état. L'orifice de la plaie de drainage a un peu suinté (sérosité à peine sanguinolente). On change la gaze qui recouvrait la plaie.

Le 31. — T. 36°, 3.

L'état général continue à être bon. La malade se plaint seulement de tousser un peu. Il en était ainsi du reste dès avant l'opération.

1^{er} avril. — État excellent.

4 avril. — La malade a eu pendant la nuit un peu de céphalalgie.

5 avril. — On constate la cicatrisation de la plus grande partie de la ligne des sutures. Plusieurs de celles-ci sont enlevées. Léger suintement à la partie moyenne de la plaie. La plaie du drain est en bonne voie de cicatrisation.

8 avril. — On enlève le reste des sutures.

L'aspect de la plaie est sensiblement le même que le 5.

L'état général est assez bon ; cependant la malade tousse un peu. Les bacilles de Koch ont été recherchés dans ses crachats à deux reprises par M. Bize, chef du laboratoire, mais sans résultat positif.

Le 14. — La malade commence à se lever.

Le 15. — Cicatrisation complète de la plaie du drain.

Le 20.^e — La guérison progresse d'une façon régulière. État général bon. La malade se plaint seulement de pesanteurs vagues dans le rectum. Selles régulières favorisées de temps à autre par des lavements ou une cuillerée à café d'huile de ricin.

25 avril. — La cicatrisation est complète. L'état général de la malade est excellent.

La malade quitte l'hôpital le 15 mai en parfait état. L'enfant était en très bon état, quand on l'a envoyé en nourrice, le 7 mai.

Le 10 mai. — La malade a été examinée au point de vue pulmonaire par M. Florand. La tuberculose lui a paru certaine.

Il n'existe dans la littérature obstétricale que quelques observations d'hystérectomie abdominale totale pour bassins viciés. Or, vu leur petit nombre, il nous a paru intéressant de les relater ici afin de montrer les bons résultats obtenus : 8 cas, 7 guérisons, 1 mort.

Observations d'hystérectomie abdominale totale pour bassins viciés.

BOSSI (de Gênes), 7 janvier 1893 (*Ann. di Ostets. e Ginec.*, Milano, t. 16, p. 74 à 87).

IV pare de 30 ans à terme, en travail depuis quelques heures. Bassin ostéomalacique.

Diamètre bi-ischiatique, 55 millimètres.

Opération césarienne suivie d'hystérectomie à la Martin. Ligature et section des ligaments larges. Incision circulaire du péritoine, désinsertion du vagin, hémostase à la soie, suture du vagin et du péritoine.

Guérie sans fièvre ; enfant vivant.

RIEPPI, 29 avril 1894 (*Ann. di Ostets. e Ginec.*, Milano, 1895, n° 12).

I pare de 30 ans. Bassin rachitique. C. V., 65 millimètres. Taille, 1^m,54. A terme, au début du travail.

Opération césarienne.

Utérus inerte et saignant.

Extirpation totale. Suture du vagin et du péritoine. Drainage à la gaze iodoformée par l'angle supérieur de la plaie abdominale (enlevé le 4^e jour). Guérie sans fièvre.

Enfant vivant, 2^{kg}, 850.

RIEPPI, 19 juillet 1894, id.

I pare de 22 ans. C. V., 55 millimètres.

Amenée en travail depuis la veille.

Examinée au dehors, poche rompue. Opération césarienne suivie d'extirpation totale indiquée à la fois par l'inertie utérine et le rétrécissement absolu. Drainage par la plaie abdominale (enlevé le 5^e jour). Suture.

Guérie, fièvre légère, sortie le 20^e jour.

Enfant vivant, 3^{kg}, 600.

RIEPPI, 15 juin 1895, id.

I pare. C. V., 45 millimètres.

Envoyée par un médecin de la ville, en travail, poche rompue.

Opération césarienne et hystérectomie totale. Pas de drainage.

Guérie sans réaction.

Sortie le 18 août.

Enfant vivant, 3 kilogrammes.

SCHAUTA, 25 février 1895 (*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. 2, p. 152).

XI pare de 41 ans. Bassin ostéomalacique à rétrécissement absolu.

Opération césarienne au début du travail, suivie d'hystérectomie totale. Suture du péritoine. Guérie. Enfant vivant.

PANTALONI (Marseille), 22 juin 1896 (*Arch. provinc. de chir.*, t. 6, 402, p. 118, 1^{er} février 1897).

I pare 28 ans, à terme. Ankylose des deux hanches, suite de coxalgie.

Accouchement jugé impossible par voies naturelles. Opération

H. MÉRET.

césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale. Drainage abdominal (3 premiers jours).

Guérie. Suites comme celles d'un accouchement normal. Se lève le 21^e jour.

Enfant vivant, 3^{kg},600.

PINARD et SEGOND, 16 décembre 1896 (*Bull. Acad. de méd.*, 19 janvier 1897, p. 47 à 50).

I pare de 32 ans, à terme. A la clinique depuis 2 mois.

Bassin rachitique asymétrique. Conjugué diagonal, 78 millimètres. Enfant vivant.

Opération césarienne au début du travail par M. Pinard. Hystérectomie abdominale totale par M. Segond. Drainage vaginal (méthode américaine).

Guérie. Drainage enlevé le 13^e jour. Se lève le 21^e jour. Enfant vivant, 3^{kg},600.

PINARD et SEGOND, 28 janvier 1897 (*Annales de Gynécologie*, 1897).

I pare de 41 ans, à terme, en travail depuis 21 heures. Amenée du dehors, examinée en ville par une sage-femme et un médecin. Albuminurique. Bassin rachitique. C. V., 75 à 80 millimètres. Œuf ouvert, liquide vert.

Battements irréguliers, 120 à 170.

Température 37°,4. Pouls 120.

Opération césarienne par M. Pinard.

Hystérectomie abdominale totale par M. Segond.

Morte 50 heures après. Sa température n'a pas dépassé 37°,8. Pouls 120 à 160.

Vomissements, ballonnement considérable du ventre, facies abdominal, extrémités froides.

Autopsie. — Pas de péritonite évidente ; deux cuillerées de liquide sanguinolent.

Enfant vivant, 2^{kg},800, ranimé après 15 minutes d'insufflation.

CHAPITRE V

Grossesse et fibromes.

Lorsque la grossesse est compliquée de fibromes siégeant sur le segment inférieur de l'utérus, le pronostic de l'accouchement dépend du siège de la tumeur par rapport au canal pelvien.

Si le fibrome occupe une situation élevée, ou si, logé primitivement dans l'excavation, il est assez mobile pour se déplacer pendant le travail, et remonter au-dessus du détroit supérieur, on peut espérer que l'accouchement sera possible par les voies naturelles.

Mais il n'en est pas toujours ainsi; le fibrome peut être enclavé et immobile dans l'excavation et rétrécir suffisamment la filière pelvienne pour empêcher l'expulsion du fœtus.

La tumeur peut encore, quoique occupant une situation élevée, faire saillie dans la cavité du segment inférieur de l'utérus et être une cause de dystocie.

Toutefois, comme les auteurs l'ont déjà maintes fois observé, et comme Demous l'a montré dans une communication au Congrès de chirurgie en 1898, il est exceptionnel que le chirurgien ait à intervenir au moment du travail; car lorsque le fibrome a permis l'évolution de la grossesse jusqu'à terme, il ne met généralement pas d'obstacle absolu à l'accouchement.

Et en effet, « les fibromes pressés par la partie fœtale subissent dans les derniers temps de la grossesse, et pendant le travail, des phénomènes d'imbibition et de ramollissement qui leur permettent de se laminer, de s'aplatir; de plus, au moment du travail, sous l'influence des contractions utérines, la tumeur fibreuse tend à se déplacer, subit un mouvement ascensionnel qui permet à la partie fœtale de descendre, de s'engager » (Lepage et Ribemont)(1).

Mais cet effort de la nature est parfois lent à se produire, et n'y a-t-il pas quelque danger à attendre trop longtemps le mouvement ascensionnel d'un fibrome enclavé dans le pelvis?

L'infection, l'épuisement, les troubles gravidocardiaques peuvent compromettre rapidement l'existence de la mère. De plus l'enfant souffre, et il faut chercher à le sauver.

Il y a donc intérêt à ne pas trop temporiser; et si quelques heures après le début du travail, l'engagement ne semble pas se faire, et que la dilatation reste stationnaire, il faut intervenir. Dans certains cas, l'accouchement pourra se terminer par forceps ou version.

Mais si l'on juge qu'il y ait obstacle absolu au passage du fœtus, on doit faire la section césarienne. A quelle méthode donnera-t-on la préférence?

Il ne saurait être question, dans la plupart des cas, de la césarienne conservatrice, qui d'une part expose la femme aux dangers de la septicémie due à la rétention des

(1) Précis d'obstétrique.

lochies ; et qui, d'autre part, n'est qu'une opération palliative et nécessairement incomplète, puisqu'on laisse en place la tumeur dont l'ablation pourra nécessiter ultérieurement une nouvelle laparotomie. Il faut faire d'une pierre deux coups, et débarrasser la femme, en une seule séance, à la fois de son enfant et de sa tumeur.

M. Pinard n'est pas partisan dans ces cas de l'amputation utéro-ovarique (Porro) qui, « outre qu'elle est souvent difficile et quelquefois impossible, ne donne pas de meilleurs résultats que l'opération césarienne simple ». Il préfère l'hystérectomie totale qui « délivre la femme de son enfant et de sa tumeur ».

M. Varnier en 1897 concluait dans le même sens : « L'hystérectomie abdominale totale nous paraît donner dans le traitement des fibromes compliquant l'accouchement des résultats supérieurs à ceux de l'opération de Porro, avec traitement extra ou intrapéritonéal du pédicule. »

Dans une discussion récente à la Société d'obstétrique (mai 1901) M. Varnier se montre plus éclectique : « Jusqu'à nouvel ordre, nous tenons pour l'hystérectomie qui sera, suivant le cas, totale ou subtotale, avec, au besoin, traitement extrapéritonéal du pédicule. Mais, ce faisant, nous suivons d'un œil attentif les progrès de la chirurgie conservatrice, prêt à y adapter nos interventions obstétricales. »

M. Schwartz, dans le cas où le col est intact, pense que l'hystérectomie abdominale subtotale ou supravaginale, plus simple et plus facile que la totale (facilité d'hémostase, sécurité au point de vue de l'uretère) « est

certainement l'opération de choix, à condition qu'on traite le col restant comme il convient : aseptiser la cavité, reconstituer le moignon, et refaire d'un côté à l'autre le plancher pelvien doublé de séreuse ».

L'hystérectomie abdominale totale a donné de beaux résultats ; « elle est de mise toutes les fois que le col est atteint, qu'il soit fibromateux ou infecté ».

Delagenière partage la même opinion. L'opération de Porro, quoiqu'il en ait obtenu un beau succès (i), lui paraît très inférieure à l'hystérectomie totale ou supra-vaginale.

Ces deux dernières méthodes ont chacune leurs indications respectives. « Si le dôme vaginal peut sans inconvénient être laissé en place, on doit préférer cette façon de faire, qui présente les avantages de simplifier l'opération, de réduire au minimum les chances d'infection par le vagin, et qui, pour l'avenir, laisse à la femme un vagin normal. Mais si le col est infecté (examens répétés, poche des eaux rompue), on ne devra pas hésiter à pratiquer l'hystérectomie totale ».

Comme pour les bassins viciés, on ne possède qu'un petit nombre d'observations d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes compliquant la grossesse ou l'accouchement. Les dix cas que nous avons réunis, avec 9 guérisons et 1 mort, nous montrent l'excellence de cette méthode.

(1) In *Sem. gynéc.*, 12 février 1901.

Observations d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes compliquant la grossesse ou l'accouchement.

A. MARTIN. — 14 nov. 1888, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XX, p. 109.

Femme de 37 ans, un avortement antérieur. Volumineux myome du corps et 2 myomes du col de la grosseur d'un œuf de poule. Grossesse de 4 mois. Symptômes graves de compression empêchant l'expectation jusqu'à la viabilité du fœtus.

Laparotomie. L'énucléation des fibromes est jugée impossible sans ouverture de la cavité utérine. Extirpation abdominale totale. Durée 33 minutes. Drainage vaginal. Guérie. Sortie le 33^e jour.

A. MARTIN. — 4 décembre 1889.

Femme de 28 ans. Laparotomie il y a un an pour tumeur ovarienne. Grossesse de 3 à 4 mois compliquée de tumeur intraligamentaire gauche polykystique, une fois plus grosse qu'une tête d'enfant.

Laparotomie et extirpation totale de l'utérus. Drainage par le vagin.

Guérie. Sortie le 16^e jour.

KUEFERATH (Bruxelles). — *Bulletin de la Soc. belge de gynéc. et d'obstétr.*, 1896, n^o 9, p. 192.

Femme de 30 ans, III pare. Grossesse de 3 mois 1/2 à 4 mois compliquée de fibromes, l'utérus dépassant l'ombilic de plusieurs travers de doigt. Vives douleurs, troubles vésicaux et rectaux, vomissements graves.

Laparotomie suivie d'hystérectomie totale.

En bon état le 12^e jour (lors de la présentation).

LANELONGUE (Bordeaux). — 6 juillet 1892.

Femme de 36 ans. Énorme tumeur fibreuse du fond de l'utérus. Grossesse de 4 mois non soupçonnée. Hystérométrie 10 centimè-

tres. Hystérectomie abdominale totale d'après le procédé de Guermontprez.

En bon état le 10^e jour (lors de la présentation).

CH. MONOD. — *Bulletin Soc. anat.*, 1896, p. 740.

39 ans. Multipare. Arrêt des règles depuis 4 mois. Fibromes utérins à marche rapide dépassant l'ombilic.

Hystérectomie abdominale totale. Grossesse de 4 mois non soupçonnée. Hydramnios. Guérie.

FRITSCH (Breslau). — *Soc. obst. de Berlin*, 27 février 1891. In *Centr. f. Gyn.*, 1891, n^o 18, p. 362.

Volumineux myome du col. Maladie de Bright. Éclampsie.

Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale à la Martin.

Morte le 3^e jour, sans fièvre, de l'opération ou du mal de Bright ?

GUERMONTPREZ (Lille). — 9 juillet 1895. Documents sur l'hystérectomie abdominale totale pour fibromyomes utérins. Paris, 1896, J.-B. Baillière, p. 177 à 183.

I pare de 38 ans, à terme, en travail. Fibrome irréductible obstruant le bassin. Membranes rompues. Enfant vivant.

Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale en 2 temps.

Drainage à la Mickulicz les 3 premiers jours.

Guérie. Enfant vivant.

MOUCHET (Sens). — 31 mars 1897. Académie de médecine. Rapport de M. Pinard, In *Ann. de Gynec.*, 1897, p. 81.

XII pare de 38 ans.

Grossesse de 8 mois 1/2. Enfant vivant.

Ventre déformé. Deux tumeurs : l'une située à gauche et dé-

passant l'ombilic, constituée par un fibrome; l'autre située à droite et s'élevant jusqu'au sternum et formée par l'utérus.

Toucher vaginal : col élevé à droite et en partie effacé.

Aucune partie fœtale accessible. Les membranes seules étaient perçues par le doigt.

Huit heures après la rupture des membranes, douleurs peu accusées. Liquide amniotique teinté de méconium. Les battements du cœur sont faibles.

Aucune partie fœtale n'a de tendance à s'engager.

Hystérectomie abdominale totale par le procédé de Doyen.

Suites très simples. Au 16^e jour, la femme était guérie et se levait. Enfant mort 20 heures après sa naissance, présentant des symptômes asphyxiques.

VARNIER et DELBET. — In *Ann. de Gyn.*, 1897, p. 102.
(Observation abrégée.)

I pare, 32 ans, à terme.

Bassin obstrué par une tumeur sphérique irrégulière, mollassse, immobile, remplissant la cavité sacrée, occupant le cul-de-sac de Douglas.

Diagnostic hésitant entre fibrome pédiculé adhérent et tumeur ovarienne.

L'obstruction pelvienne est irréductible.

Rupture des membranes; liquide vert, épais, mélangé de méconium. Enfant mort. Température 37°.

Laparotomie 3 heures après la rupture des membranes. Col situé très haut et en avant, au-dessus du pubis. Corps se recourbe complètement en arrière, de telle sorte que le fond repose et se moule sur la paroi abdominale postérieure.

En arrière et au-dessus de la corne droite, fibrome arrondi du volume du poing.

Ligature de chaque côté du pédicule utéro-ovarien.

Pinçe sur la corne utérine de chaque côté. Section oblique des deux ligaments larges, de façon que les deux sections aboutis-

sent au voisinage du col. Libération du col. Ouverture du cul-de-sac antérieur du vagin. Clamp sur le col utérin.

Section du pédicule de l'artère utérine à gauche. Vaisseaux pincés à mesure.

Col libéré du cul-de-sac postérieur en taillant du vagin vers le péritoine. Section du pédicule de l'artère utérine droite.

Malade guérie. Sortie le 22^e jour.

VAUTRIN et SCHURL. — In *Obstétrique*, 1899. De l'hystérectomie abdominale totale pour fibrome pendant le travail. (Observation abrégée.)

Femme âgée de 43 ans. Avait depuis 20 ans un fibrome utérin qui avait été constaté, mais n'avait jamais amené de troubles sérieux.

26 février 1898. — Écoulement sanguin peu abondant par les parties génitales.

Fond de l'utérus à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Au niveau du fond et à gauche, saillie formée par un fibrome du volume d'une orange.

En bas et à gauche, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, autre saillie qui paraît être également un fibrome de même volume que celui de la partie supérieure.

Tête fœtale sentie à l'extrémité supérieure de l'utérus et à droite. Battements fœtaux à droite.

16 mars. — Forte hémorragie utérine, s'arrête spontanément. Le fibrome du petit bassin a presque doublé de volume depuis le 26 février.

Début du travail dans la nuit du 19 au 20 mars. A 1 heure du matin, rupture des membranes. Écoulement de 300 grammes de sang.

10 heures matin. — Dilatation comme 5 francs après avoir mis un ballon de Champetier. La main, introduite dans l'utérus, est arrêtée à 3 centimètres environ au-dessus du détroit supérieur par deux fibromes situés à droite et à gauche de la partie inférieure de l'utérus. L'accouchement est impossible par les voies naturelles.

Laparotomie. Hystérectomie abdominale totale sans hystérotomie préalable, le fœtus étant mort. Suites simples.

Guérie. Sortie le 25^e jour.

CHAPITRE VI

Cancer de l'utérus et grossesse.

De nombreuses discussions ont eu lieu au sujet de la conduite à tenir dans le cancer du col de l'utérus gravide.

Certains auteurs croyant à la possibilité d'une longue survie par une opération radicale et précoce adoptent la formule absolue de Mackenrodt : « Quel que soit l'âge de la grossesse, il faut procéder à l'extirpation totale de l'utérus. » Ceux-là n'ont en vue que l'intérêt de la mère ; pour eux l'enfant ne compte pas. Ils sacrifient de parti pris l'enfant, dont l'existence est problématique, à la mère qu'une opération précoce pourra sauver.

D'autres, moins absolus, n'adoptent cette manière de faire que dans les premiers mois de la grossesse, alors que le diagnostic de gravidité est encore incertain, et la vie du fœtus très problématique. Comme le fait observer M. Pozzi : « Le sacrifice de cette vie précaire ne servirait-il qu'à prolonger de quelques mois celle de la mère, qu'il faudrait le faire. Le sursis donné à la mère peut être appréciable ; il vaut donc mieux risquer de prolonger la vie de la femme, plutôt que de la sacrifier à une grossesse dont l'heureuse terminaison est aléatoire. »

Si la femme a atteint la seconde moitié de la grossesse, deux cas peuvent se présenter :

La malade supporte mal ses lésions et menace de mourir, il faut encore intervenir.

Elle tolère son cancer sans accidents graves : le fœtus ayant, à cette époque de la grossesse, plus de chances de se développer, il faut alors tout lui sacrifier et attendre, pour intervenir, le début du travail.

D'autres auteurs enfin (Pinard, Varnier), eu égard aux nombreuses extirpations totales suivies de récurrence « sont quelque peu découragés de poursuivre aux dépens de l'enfant « unité utile » l'improbable prolongation d'une vie condamnée à longue ou à brève échéance » (Varnier); et n'hésitent pas, quel que soit l'âge supposé de la grossesse, à s'abstenir d'une intervention fœticide.

M. Pinard, pour préconiser l'abstention, s'appuie sur les raisons suivantes :

Tout cancer utérin n'est pas nécessairement aggravé dans sa marche par l'existence d'une grossesse. « On ne peut admettre qu'une femme atteinte de cancer soit vouée à une mort prochaine parce qu'elle est enceinte. »

D'autre part, l'avortement dans le cancer du col n'est pas aussi fréquent que le prétendent certains auteurs. Sur 10 cas personnels, M. Pinard a vu 9 fois la grossesse évoluer jusqu'à terme ou près du terme.

Enfin le fœtus se développe d'une façon tout à fait normale, et M. Pinard rapporte qu'une femme de 26 ans, cancéreuse, qui, pendant sa grossesse, eut de fréquentes et abondantes hémorragies, accoucha spontanément d'un enfant vivant de 4 100 grammes.

Quant à la survie plus longue chez les jeunes femmes

opérées au 3^e mois de leur grossesse, il n'est pas prouvé qu'elle soit la règle.

Pour ces différentes raisons, il est donc préférable de laisser la grossesse suivre son cours, et de n'intervenir seulement qu'au moment du travail, s'il y a lieu.

On s'abstiendra d'interventions sur le col. Les injections chaudes, l'eau oxygénée, le tamponnement très modéré, la morphine, constituent le traitement suivant les indications.

« Pendant le travail, si toutes les périodes s'accomplissent normalement, on laissera l'accouchement se faire spontanément. Si la dilatation est entravée par les lésions du col, on fera de suite la laparotomie et la section césarienne, et on enlèvera la portion extirpable de l'utérus » (Pinard).

M. Legueu (1) considère l'hystérectomie abdominale totale, comme « l'opération de choix » dans les cancers de l'utérus gravide.

M. Pozzi rejette le Porro, opération grave, à cause des dangers de septicémie par infection venue du moignon. Celui-ci devra toujours être extirpé, « pour peu que cette opération puisse être faite, sans de trop grands délabrements ».

M. Lepage (2) ne partage pas l'opinion de M. Pozzi, en ce qui concerne l'opération de Porro. Sans doute, c'est une « opération irrationnelle, puisqu'elle enlève ce qui est sain, et qu'elle laisse les tissus malades ; mais elle

(1) Compte rendus Soc. Obst. et Gyn. Février 1901.

(2) Id.

peut être, entre des mains inexercées à l'hystérectomie abdominale totale, une opération utile ». M. Lepage ne pense pas « que son pronostic immédiat soit en pareil cas plus grave que celui de l'opération radicale. Toutefois, c'est à cette dernière qu'à l'heure actuelle il accorderait la préférence en cas de cancer limité. Mais dans les cas où il y a envahissement du vagin, l'opération de Porro doit être conservée ».

En résumé, dans le cancer du col de l'utérus gravis l'opération césarienne conservatrice est contre-indiquée à cause des dangers d'infection. Si les lésions sont limitées et que les culs-de-sac soient indemnes, on devra tenter l'extirpation totale ; mais le plus souvent, à cause de l'envahissement des parties voisines, on devra se borner à pratiquer l'amputation de Porro.

Nous rapportons 13 observations d'hystérectomie abdominale totale pour cancer du col de l'utérus gravis. L'extirpation de l'utérus fut faite avec ou sans hystérotomie préalable, soit au moment du travail, soit à une époque plus ou moins avancée de la grossesse.

Résultats : 6 guérisons opératoires, 7 morts.

**Observations d'hystérectomie abdominale totale pour cancers
du col de l'utérus gravis.**

1^o Sans opération césarienne préalable.

J. MURPHY. — 12 décembre 1888, *British. med. Journ.*, 10 octobre 1891,
p. 795.

V paré de 33 ans. Cancer du col.

Amenée de la ville, le travail durant depuis 4 jours ; épuisée par hémorragies répétées. Fœtus mort, membranes intactes.

Laparotomie. Pour économiser le temps et le sang, utérus extirpé sans ouverture préalable. Ligature et section des ligaments larges ; incision transversale antérieure pour libérer la vessie et ouvrir le vagin ; id. postérieure. Pincés de Péan sur la paroi du vagin.

Section de celui-ci ; extirpation de l'utérus.

Drainage (tube de verre) par brèche vaginale.

Morte au bout de 48 heures d'épuisement.

Autopsie. — Ni péritonite, ni carcinose péritonéale.

MACKENRODT, 1^{er} août 1890. — E. HERNANDEZ, Traitement du cancer de l'utérus gravide, in-8°, Paris, 1893, Steinheil, p. 29.

VII pare de 34 ans, exsangue ; hémorragies incessantes depuis 4 mois. Grossesse de 6 mois et cancer du col. Transfusion. Hystérectomie abdominale totale sans évacuation préalable de l'utérus.

Morte le lendemain de collapsus, malgré une nouvelle transfusion.

Autopsie. — Anémie profonde de tous les organes.

MACKENRODT, novembre 1891. Id.

VI pare de 35 ans. Grossesse de 6 mois et cancer du col. Même opération que ci-dessus. Durée, 48 minutes.

Guérison opératoire. Sortie le 26^e jour.

Morte 7 mois après : cancer intestinal, ileus.

Laparotomie ; résection et anus contre nature, morte le 7^e jour.

MACKENRODT, juin 1892. Id.

IV pare. Grossesse de 5 mois et cancer du col. Même opération que ci-dessus.

Guérison opératoire.

Revue en bon état en février 1893.

2° *Après opération césarienne.*

SCHRÖDER. — 27 octobre 1879, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XII, p. 280.

III pare en travail. Cancer du col.

Temp. 39°,5. Enfant vivant, présentation du sommet.

Opération césarienne suivie de l'opération de Freund.

Morte le lendemain.

Enfant asphyxié, non ranimé.

BISCHOFF (Bâle). — 15 décembre 1879, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. X,
p. 14.

VIII pare de 41 ans. Grossesse de 8 mois et cancer du col.
Femme épuisée par hémorragies répétées.

Opération césarienne suivie de l'opération de Freund. Hémorragie grave pendant l'opération rendue difficile par la propagation du cancer au paramétrium gauche; on a lié l'uretère gauche.

Morte quelques heures après de collapsus.

Fille vivante de 3 200 grammes.

SCHRÖDER. — *Gesellschr. f. Geb. u. Gyn.*, Berlin, 27 novembre 1885,
in *Centralbl. f. Gyn.*, 1886, p. 10.

Femme en travail prématuré, 7 semaines avant terme. Cancer du col.

Fièvre, putréfaction, souffrance du fœtus.

Opération césarienne suivie d'opération de Freund. Blessure de la vessie.

Morte 5 heures après. Péritonite à streptocoques.

Enfant asphyxié, n'a pu être ranimé.

FOCHIER (Lyon). — 15 mars 1888, *Lyon médical*, 13 mai 1888, p. 58.

VI pare de 38 ans, en travail depuis 10 jours, à terme. Cancer du col. Pas de fièvre. Enfant mort.

Opération césarienne suivie d'opération de Freund; du pus s'écoule à l'ouverture de l'abdomen.

Morte au bout de 75 heures.

Péritonite purulente.

Enfant mort avant l'intervention.

FREUND (Strasbourg). — 28 juin 1888 ; *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*,
t. XVII, p. 110.

V pare, cachectique, de 33 ans, en travail depuis 48 heures,
à 8 mois et demi. Cancer du col étendu au paramétrium surtout à
gauche. Opération césarienne suivie d'opération de Freund.

Morte sur la table. Anémie et collapsus cardiaque.

Enfant vivant, gros, fort.

FRITSCH (Breslau). — 8 novembre 1891 ; H. Möller, *Centralbl. f. Gyn.*, 1892,
n° 6, p. 99.

VII pare, de 35 ans à terme, à la clinique depuis plusieurs
jours, en travail depuis la veille.

Cancer de la portion vaginale étendu à la paroi postérieure du
vagin et au paramétrium droit.

Opération césarienne suivie d'opération de Freund. Durée 2
heures.

Drainage vaginal à la gaze iodoformée (enlevé le 6^e jour).

Guérison après longue suppuration. Les sutures abdominales
ayant été enlevées le 7^e jour, la plaie se désunit par vomissement
et une anse d'intestin fait issue au dehors. Réduction et suture.
Enfant vivant, 3 000 grammes.

SPENCER WELLS. — 21 octobre 1881, *Médec. chir. Transact.*, Londres, 1882,
t. XLV, p. 25 à 37.

VII pare, grossesse de 6 mois.

Épithélioma du col. Au cours d'une tentative d'hystérectomie
abdominale totale sans évacuation préalable de l'utérus, celui-ci
est ouvert en disséquant la vessie.

Ponction de l'œuf, extraction du fœtus et terminaison de l'hys-
térectomie. Durée 1 heure.

H. MÉRET.

Sutures. Pas de drainage.

Guérison opératoire. Se lève le 28^e jour, bien qu'au 8^e jour se soit produite la même complication que dans le cas précédent.

Enfant mort, 670 grammes.

DELANGLADE (Marseille). — In *Ann. Gyn.*, avril 1901, t. LV, p. 272.

V pare de 33 ans, près du terme.

Portion vaginale du col envahie par néoplasme volumineux. Le doigt pénètre aisément entre les bourgeons multiples d'un énorme chou-fleur, au milieu duquel il est impossible de trouver l'orifice utérin.

Culs-de-sac antérieur et latéraux sont légèrement durs et mobiles sur une petite étendue. Utérus est mobile.

Battements fœtaux devenant imperceptibles, on décide intervention immédiate.

Opération césarienne. Utérus est sectionné sur ligne médiane, il s'écoule liquide abondant, verdâtre, fétide.

Enfant aussitôt extrait est en état de mort apparente.

Ranimé au bout de 10 minutes, par frictions, flagellation, respiration artificielle, inhalations d'oxygène.

Hystérectomie abdominale totale par technique hybride tenant à la fois du procédé américain et de celui de Doyen, que l'état de l'utérus semblait imposer.

Mickulicz à gaze iodoformée dans le petit bassin sortant par la partie inférieure de la plaie abdominale (enlevé 9 jours après).

Malade guérie, sortait de l'hôpital 3 semaines après.

Enfant vivant, 2 850 grammes.

LEGUEU. — In *Ann. de Gyn.*, avril 1901, t. LV, p. 304.

II pare de 36 ans. Entrée à Broca le 12 juillet 1900.

Épithélioma du col. Col infiltré dans presque toute son étendue par un épithélioma végétant. Le vagin n'est pas encore en-

vahi, le cancer est sur la limite du col et du vagin, surtout développé en avant ; la lèvre postérieure est beaucoup moins lésée.

Serait enceinte de 5 mois et demi.

20 août. — Curettage du cancer. Pertes très abondantes auparavant, cessent complètement.

Cancer a progressé depuis le curettage ; s'est beaucoup étendu en avant dans la région de la vessie.

M. Legueu se décide à pratiquer la césarienne et l'hystérectomie abdominale.

12 septembre. — Laparotomie.

Incision verticale de 15 centimètres sur le fond de l'utérus, se prolongeant un peu sur la face antérieure.

Enfant extrait vivant. Placenta qui s'insérait sur face antérieure est laissé en place.

Malade est mise en position inclinée.

L'utérus par son volume gêne l'ablation du col : on enlève le corps de l'utérus, et on procède dans un second temps à l'isolement de la vessie et à l'excision du cancer. En 10 minutes le cancer est enlevé, et le vagin réséqué dans son tiers supérieur.

Drainage vaginal et abdominal.

Suture de la paroi en un seul plan avec fil d'argent.

Opération, tout compris avait duré trois quarts d'heure.

Enfant mort le soir, 1 750 grammes.

Suites opératoires simples : le 4^e jour, les mèches abdominale sont enlevées et remplacées par un tube.

Le 6^e jour, on enlève les mèches vaginales imprégnées d'une forte odeur.

Les fils de la paroi sont enlevés.

Le 13^e jour, petite fistule sur uretère droit, donnant une centaine de grammes d'urine par jour.

Guérison opératoire. La malade sort au bout de 6 semaines.

CHAPITRE VII

Ruptures utérines.

Les ruptures utérines complètes, spontanées ou traumatiques, quelle que soit l'étendue de la déchirure, doivent être traitées comme les plaies pénétrantes de l'abdomen. Il faut ouvrir le ventre pour se rendre compte *de visu* du siège et de l'étendue des lésions, et agir en conséquence.

Les deux grands périls qui menacent la femme sont l'hémorragie et l'infection. Le devoir de l'accoucheur est de faire l'hémostase au plus vite, et de parer aux dangers de septicémie qui pourront résulter de l'épanchement de liquides septiques dans le péritoine.

Comment le tamponnement et le drainage préconisés par Schmidt, Schauta, Herbert Spencer, pourraient-ils atteindre ce double but ?

La laparotomie seule nous permet d'apprécier la nature et l'étendue des lésions et d'y remédier par un traitement rationnel et sûr.

Certains auteurs sont partisans de la suture pure et simple. Mais la suture est difficile à faire en pareil cas, car la plaie est le plus souvent très irrégulière, et les tissus déchiquetés, mortifiés, mous, flasques, saignants, s'opposent à l'affrontement exact des bords de la plaie, et à une bonne réunion par première intention.

D'autre part, en laissant l'utérus en place, on risque d'avoir une infection plus ou moins tardive, qu'on ne pourra plus maîtriser ultérieurement, à moins d'enlever par une deuxième opération l'utérus infecté.

Même si la femme guérit, n'y aura-t-il pas pour elle quelque danger à redevenir enceinte ? Ne sera-t-elle pas exposée à une nouvelle rupture qui se produira au niveau de la cicatrice ? Car l'infection, la mortification, les suffusions sanguines, compagnes habituelles des ruptures spontanées, sont autant de causes qui diminuent la résistance des tissus et favorisent une déchirure ultérieure.

Pour éviter cet inconvénient, la meilleure conduite à tenir est d'amputer l'utérus.

Si la rupture siège sur le fond de l'organe et n'empête pas sur le segment inférieur, on pourra faire le Porro. Mais dans les déchirures des culs-de-sac et de la partie inférieure de l'utérus, et ce sont les plus fréquentes, cette opération n'est plus possible, et il faut faire l'hystérectomie abdominale totale ou subtotale.

Celle-ci pourra présenter quelques difficultés résultant de la lésion des organes voisins, ou de la déchirure des vaisseaux et en particulier de l'artère utérine (Cas de Cristeanu)(1).

Il faudra rechercher le bout inférieur qui s'est rétracté dans les tissus, et le lier. Si on ne le trouve pas, pour

(1) CORNELIUS CRISTEANU (Bucharest). Sur le traitement des ruptures utérines complètes par hystérectomie abdominale totale avec trois observations. In *Ann. gyn.*, avril 1901.

éviter une hémorragie tardive, il sera peut-être prudent de lier l'artère hypogastrique, pratique actuellement en usage en chirurgie abdominale, dans le traitement des tumeurs et des néoplasmes.

Dans une récente communication au Congrès de Nantes (septembre 1901), M. Varnier insiste sur ce point, qu'il est difficile de savoir, même avec l'exploration manuelle, si la rupture est incomplète; et il conclut que dans tous les cas où il y a rupture utérine, « il vaut mieux intervenir par la voie haute (laparotomie à la fois exploratrice et réparatrice).

Il rejette le « traitement conservateur » pour les raisons que nous avons déjà indiquées : la cicatrice ne saurait avoir la même solidité qu'une cicatrice consécutive à une section nette, comme dans les cas de césarienne conservatrice, par exemple.

« On fera l'ablation de l'utérus suivant le procédé de Porro, si les lésions le permettent, ou une hystérectomie subtotale avec réunion transversale du moignon, suture des déchirures péritonéales, maintien de la cicatrice derrière la paroi abdominale et tamponnement. »

M. Pinard est également partisan de l'intervention :

« Les cas en apparence les plus bénins au premier abord, peuvent se terminer par la mort, quand on se borne à l'expectation, ou au traitement par la voie basse.

« Il faut donc recourir sans hésitation au traitement par la voie haute. Dès qu'on a le moindre doute sur l'existence d'une rupture utérine, on doit faire la laparotomie, après avoir, au besoin, fait une exploration manuelle, pour reconnaître la lésion. »

Nous rapportons à titre de document l'observation suivante recueillie dans le service de M. Lepage.

Bassin rétréci (P. S. P., 9,7). — Rupture prématurée des membranes 5 jours avant l'accouchement. — Procidence d'un bras et du cordon. — Pose d'un ballon de Champetier. — Rupture utérine. — Hystérectomie supravaginale. — Mort de la femme et de l'enfant.

(Observation inédite.) N° 51.

J... G..., âgée de 27 ans, découpeuse, entrée à la maternité de la Pitié le 1^{er} février 1901, étant enceinte pour la troisième fois.

Cette femme n'a marché qu'à 26 mois. Jusqu'à l'âge de 7 ans, elle a été malingre, sans cependant être malade. Depuis, elle se porte bien.

Elle a été réglée à 13 ans. Ses règles sont régulières, durant 4 jours et peu abondantes.

Grossesses et accouchements antérieurs. — 1^{er} accouchement le 7 octobre 1896, à terme, à l'hôpital Tenon. A nécessité une application de forceps. L'enfant, une fille, pesait 4 kilogrammes, a été nourrie au sein par la mère et est bien portante. Le père est bien portant.

2^e accouchement le 7 janvier 1900, à Baudelocque, à terme, spontané. Fille pesant 3^{kg}, 250 ; a été nourrie au sein par la mère pendant 4 mois, puis au biberon, la malade étant devenue enceinte.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 13 au 20 avril 1900.

Hauteur de l'utérus, 34 centimètres, à l'entrée de la femme dans le service.

Cette femme vient de chez elle et n'a jamais cessé de travailler. Derniers rapports deux jours avant son entrée.

Les urines n'ont pas été examinées pendant la grossesse. Il n'y a pas d'albumine au moment de l'accouchement.

Examen de la femme. — Les crêtes tibiales présentent dans leur moitié inférieure une convexité très marquée dans le plan antéro-postérieur.

Le sternum est saillant en avant.

Le bassin est rétréci, P. S. P. = 9,7.

Le cœur et les poumons sont sains. Pas d'œdème. Varices peu développées à la face postérieure de la jambe droite.

Présentation du sommet en O. I.-G. T., tête non engagée.

Les bruits du cœur fœtal s'entendent nettement près de la ligne médiane, à trois travers de doigt de l'ombilic.

Le 1^{er} février, à 7 heures du matin, cette femme a perdu du liquide amniotique en assez grande quantité. Elle se décide à venir à la Pitié, où elle arrive à 8 heures du matin.

Comme elle ne souffre pas et que le col n'est pas effacé, on la met en surveillance au dortoir.

Le 5 février, à 9 heures du matin, la malade est amenée à la salle de travail, parce qu'elle a des douleurs depuis 3 heures du matin.

A 9 heures et demie du matin, M. Lepage examine la malade et trouve que la paroi utérine est contracturée et résiste d'une manière persistante à la pression de la main.

La tête du fœtus est dans la fosse iliaque gauche. Le fœtus est en position oblique, presque en présentation de l'épaule.

Par le toucher, M. Lepage constate que la tête est très élevée ; en arrière et au-dessous d'elle, le doigt rencontre la main droite du fœtus engagée dans l'orifice utérin, avec une anse de cordon procident.

Au voisinage de l'orifice utérin, se trouve la main gauche du fœtus, placée un peu au-dessus de la main droite procidente.

Les bruits du cœur sont sourds, irréguliers, à 117.

M. Lepage fait donner du chloroforme à la femme ; puis il tente la réduction manuelle du cordon et de la main droite procidente. A l'aide de la main droite introduite dans l'orifice utérin, il repousse la main fœtale, l'élève suffisamment pour que la main gauche de l'opérateur placée sur l'abdomen, au-dessus du pubis, puisse amener cette main procidente au-dessus de la tête fœtale.

Ceci fait, M. Lepage introduit et place un ballon de Champetier de 27 centimètres de circonférence qu'il remplit d'eau bouillie.

A 11 heures du matin, M. Lepage examine de nouveau la femme. L'orifice incomplètement dilaté retient encore le ballon. Cet orifice présente une rigidité assez notable. L'utérus est dur et très tendu ; les contractions sont très fréquentes.

A une heure et demie de l'après-midi, la situation est la même. L'utérus est fortement rétracté, les contractions subintrantes ; mais les bruits du cœur du fœtus, au lieu d'être sourds et irréguliers, comme le matin, sont entendus très nettement à 124.

M^{me} Chineau retire 20 grammes d'eau du ballon.

Vers 2 heures, les contractions cessent presque soudainement ; la femme ne souffre plus et même dort par instants.

A 2 heures 35, M^{me} Chineau pensant que le ballon ne distend plus suffisamment l'orifice utérin, injecte 20 grammes de liquide.

A 3 heures 50, le ballon est expulsé.

Avec le ballon s'écoule une *petite quantité de sang noir poisseux*. On remarque qu'à ce moment la femme est pâle, sans cependant présenter aucun signe alarmant. Par le toucher vaginal, on constate que la main et le cordon déjà procidents le matin ont suivi le ballon et sont dans l'orifice utérin.

Immédiatement les bruits du cœur du fœtus, très distincts peu avant, deviennent sourds et se ralentissent. On compte 72 pulsations du cordon à la minute.

La malade a une température de 38°,8.

A 4 heures et demie du soir, M. Lepage examine la malade, trouve une anse de cordon et une main procidentes. La tête fœtale est très élevée.

L'orifice utérin semble assez souple et assez dilaté pour permettre l'extraction de la tête, et on décide de tenter la version.

Après anesthésie par le chloroforme, M. Lepage introduit la main droite dans l'utérus et croyant tenir le bon pied, ramène à la vulve la main droite du fœtus, qu'il avait rétropulsée le matin.

Il place un lacs sur cette main.

Le dos du fœtus étant tourné du côté gauche de la mère, M. Lepage introduit la main gauche dans l'utérus, saisit le bon pied (pied droit) et l'abaisse à la vulve. Ces deux manœuvres ont

été faites sans difficulté. L'évolution du fœtus se fait facilement, mais l'extraction est plus pénible.

Bien que la femme à laquelle on a cessé de donner du chloroforme pousse assez énergiquement, le siège se dégage lentement, malgré les tractions exercées sur le membre inférieur droit. M. Lepage place son doigt en crochet dans l'aîne gauche du fœtus, de façon à faciliter le dégagement de la fesse postérieure, et du membre inférieur gauche relevé. Il dégage ainsi la fesse postérieure; puis faisant exécuter au fœtus un léger mouvement de rotation, il parvient à fléchir la jambe sur la cuisse, et à extraire le membre postérieur.

Le tronc apparaît alors à la vulve.

Le bras antérieur est abaissé à l'aide du lacs. Le bras postérieur est abaissé sans difficulté à l'aide de la main introduite dans les organes génitaux.

M. Lepage procède ensuite, par la manœuvre de Champetier, à l'extraction de la tête accrochée au détroit supérieur.

Il introduit deux doigts de la main gauche dans la bouche du fœtus orientée du côté droit de la mère, puis il fléchit la tête du fœtus, et tâche de refouler l'occiput à gauche et en arrière, et d'abaisser la tête. Pendant cette manœuvre, un aide exerce, avec la main appliquée sur la paroi abdominale de la mère, des pressions synergiques sur la tête du fœtus, de façon à la repousser à la fois à gauche, en arrière et en bas. Au bout de quelques minutes de ces manœuvres combinées, on sent un ressaut brusque; la tête a franchi le promontoire et est dans l'excavation.

Mais l'orifice utérin fortement rétracté ne permet pas l'extraction de la tête. Malgré des tractions énergiques qui abaissent à la vulve l'orifice utérin, et bien qu'un aide tente de repousser en haut cet orifice, la tête n'est extraite qu'à 5 heures du soir, après 10 minutes de manœuvre.

Le fœtus est en état de mort apparente, pâle, avec des battements de cœur espacés toutes les 10 ou 12 secondes, M. Lepage désobstrue les voies aériennes qui contiennent de la matière sébacée, fait des frictions, et pratique l'insufflation. Le fœtus se ranime peu

à peu, mais son état reste précaire. La respiration demeure spasmodique, saccadée ; et il succombe à 9 heures et demie du soir.

Pendant que M. Lepage s'occupe de ranimer le fœtus, M. Grosse, interne du service, fait une injection intra-utérine, sans rien remarquer d'anormal. Il sent la sonde arrêtée au fond de l'utérus ; le liquide sort d'abord teinté en rouge, puis clair.

A la fin de l'injection, la femme fait des efforts violents, qui font apparaître hors la vulve l'orifice externe de l'utérus, qui paraît complet. Bien que la main appliquée sur l'abdomen constate la présence du globe de sûreté, M. Grosse craignant une inversion utérine, se met en devoir de pratiquer la délivrance artificielle. A sa grande surprise, la main trouve au fond du vagin un orifice à bords minces, par lequel elle pénètre, non dans la cavité utérine, mais dans l'abdomen. Il y a *rupture du segment inférieur de l'utérus*, du côté gauche, et de la partie gauche du cul-de-sac vaginal postérieur.

La femme perd abondamment du sang, mais ne présente cependant aucun phénomène général inquiétant, sauf la pâleur.

M. Lepage fait anesthésier la malade et *immédiatement* pratique la laparotomie (5 h. 15 du soir).

Incision sur la ligne médiane. Le ventre est rempli de sang liquide et de caillots. La quantité de sang épanchée est évaluée à environ deux litres.

M. Lepage éponge ce sang, enlève les plus gros caillots ; mais sans s'attarder à faire une toilette complète de l'abdomen, il incline l'utérus à droite et, dans le but de pincer les vaisseaux qui saignent, il va à la recherche de la déchirure située à gauche.

La déchirure intéresse la partie gauche postérieure du vagin et la partie latérale gauche du segment inférieur de l'utérus. La déchirure toutefois ne semble pas s'étendre en bas sur toute la longueur du col.

Sur les lèvres de la plaie, on voit saigner de gros vaisseaux sur lesquels M. Lepage place des pinces et des ligatures.

La malade est mise en position décline, et on pratique l'hystérectomie.

Incision et décollement du péritoine sur tout le pourtour de l'utérus. Section de l'organe sur des clamps, en intéressant le col, dont on ne laisse en place que la partie inférieure. Cautérisation de la cavité cervicale au thermocautère.

Suture du cul-de-sac vaginal, puis de la lèvre antérieure du moignon utérin à la lèvre postérieure, et par-dessus, suture du péritoine en surjet.

La malade remise en position horizontale, M. Lepage fait une toilette soigneuse du péritoine, met un drain dans le cul-de-sac recto-vaginal, et ferme la paroi abdominale par deux plans de sutures.

Après l'opération, on fait à la malade 1 500 grammes de sérum en injections sous-cutanées. Le poulx petit et filiforme se relève aussitôt.

Examen de la pièce. — La pièce comprend l'utérus, les trompes et les ovaires.

Les trompes sont moniliformes dans leur tiers externe qui présente plusieurs dilatations séparées par des sillons. Le pavillon a été sectionné et fait défaut sur la pièce.

L'utérus incisé sur la ligne médiane, en avant, montre que le placenta, en partie décollé ainsi que les membranes, était inséré sur la face postérieure et empiétait sur le fond de l'utérus. La tranche de section mesure 28 millimètres au niveau de la surface où le placenta ne s'insère pas; 25 millimètres au niveau de la partie inférieure où l'utérus a été séparé du col, et quelques millimètres seulement au fond, sur la surface d'insertion du placenta.

Suites opératoires. — 6 février. — Matin T. 37°,2; poulx 130. Pâleur, mais assez bon état général.

500 grammes de sérum.

T. soir 38°,3.

7 février. — Matin, T. 36°,9; poulx, 108. Miction spontanée. La malade vomit beaucoup.

Soir, T. 38°. État général mauvais. La malade ne cesse de se plaindre. 100 grammes de sérum. 1/2 centigramme de morphine. Poulx 100.

8 février. — La nuit a été très mauvaise. Agitation. 1 centigramme de morphine.

T. m. 36°,9. Pouls 118.

La malade est très agitée.

État général mauvais ; facies pincé, hoquet, sensation d'oppression. La connaissance est complète.

Langue humide. La malade a vomi constamment toute la journée et toute la nuit.

Pansement : les compresses sont humectées de sérosité sanguinolente. Ventre ballonné. On retire le drain abdominal.

La malade a, l'après-midi, de nombreuses évacuations accompagnées de vomissements, à la suite d'un lavement à la glycérine.

9 février. — A peu près même état.

T. m. 36°,3 ; pouls à 126, petit et inégal.

Langue humide ; peau sèche.

La malade n'a pas vomi ce matin. Elle est très agitée ; facies grippé, ventre ballonné. Injection de morphine. Glace sur le ventre. 500 grammes de sérum.

4 heures soir. — Agitation extrême.

T. 36°,2. Pouls incomptable. 1 seringue de morphine.

9 heures soir. — L'état de la malade est de plus en plus grave.

Injection de morphine.

20 centimètres cubes de sérum de Marmorek.

3 heures matin. — La malade meurt.

Autopsie le 11 février.

Très peu de réaction du péritoine qui est brillant. On trouve à peine une cuillerée à dessert de liquide louche dans le cul-de-sac de Douglas. La suture est en excellent état ; l'accolement des deux lèvres du lambeau péritonéal rabattu au-dessus de la plaie est déjà effectué. Pas de pus, pas de sang dans l'abdomen, ni au niveau de la plaie. Pas d'exsudats ni de fausses membranes.

La surface du péritoine pariétal est lisse et de couleur normale. Il en est de même de la surface des intestins ; cependant il existe au niveau du rectum et de l'S iliaque une légère vascularisation.

Les intestins et l'estomac sont météorisés. Les uretères sont intacts. Il y a environ 100-grammes d'urine dans la vessie.

Le col utérin, dans sa portion vaginale, est intact et déjà reformé.

La déchirure ne s'étendait donc pas jusqu'au niveau de l'orifice externe et s'arrêtait à la portion sus-vaginale de l'organe.

La surface interne du col est recouverte d'un magma grisâtre provenant de la cautérisation au thermocautère.

Diamètres du bassin :

Promonto sus-pubien, 9.

Promonto pubien minimum, 8,4.

Diamètre transverse, 14,8.

Diamètre oblique droit, 11,6.

Diamètre oblique gauche, 12,7.

En résumé, le bassin est aplati d'avant en arrière et agrandi transversalement ; le sacrum est plat.

Autopsie de l'enfant mort 5 heures après sa naissance.

Hémorragie méningée par lésions des vaisseaux de la base du cerveau. Fracture de l'occipital partant du bord gauche, ayant une longueur de 2 centimètres.

Les trois observations qui suivent, publiées récemment (1), sont à un double point de vue intéressantes ; elles nous montrent, d'une part, que l'hystérectomie abdominale totale peut donner d'excellents résultats, dans les ruptures du segment inférieur étendues aux culs-de-sac ; d'autre part, qu'une intervention relativement tardive n'est pas incompatible avec le succès opératoire, car dans le premier cas, l'opération fut pratiquée quatorze heures ; dans le second, trois heures et demie ; dans le troisième, treize heures après l'accident.

(1) *Ann. Gyn.*, Avril 1901.

Observations d'hystérectomie abdominale totale pour ruptures
utérines.

CORNELIUS CRISTEANU (Bucharest) In *Ann. Gyn.*, avril 1901.

VII pare, à terme, enfant vivant en O. I. G. T. — C. V. 93 millimètres.

Inertie utérine, col complètement dilaté, tête au détroit supérieur.

La main introduite dans le vagin constate une rupture de la partie gauche et inférieure de l'utérus et du cul-de-sac.

Tête fœtale est mobile, la version est pratiquée avec beaucoup de difficulté; cependant la tête dernière passe assez facilement. Immédiatement après la sortie du placenta, une anse intestinale accompagnée d'épiploon apparaît à la vulve, désinfection; la réduction est maintenue difficilement.

Ventre douloureux, très ballonné, très sensible, vomissements fréquents, bilieux, noirs, marc de café. T. 37°, 2.

Facies grippé, pouls petit, filiforme, 135.

14 heures après la production de la rupture, laparotomie.

Déchirure complète au niveau de la partie inférieure de l'utérus et du cul-de-sac gauche. Rupture par arrachement du ligament rond gauche et de son artère; le bout supérieur long de 3 centimètres saigne encore. L'utérine gauche est déchirée, et son bout inférieur est rétracté dans la profondeur des tissus.

Le péritoine est déchiré dans les 2 fosses iliaques, surtout la droite jusqu'au rein, le ventre est rempli de caillots de liquide amniotique pâle et d'une grande quantité de méconium.

Hystérectomie abdominale totale par le procédé américain.

Ligature de l'artère du ligament rond et de l'artère utérine déchirée, dont le bout inférieur s'est rétracté dans les tissus.

Drainage vaginal et abdominal.

Injections de sérum.

Suites opératoires simples.

Guérisson: malade sort 30 jours après.

CRISTEANU, 1901, id.

VIII pare, de 38 ans, à terme. Enfant mort.

En travail : contractions fréquentes et énergiques. 11 heures après le début du travail, la malade ressent une douleur très forte dans le ventre.

Sensation de brûlure dans tout l'abdomen, puis douleurs généralisées.

Dyspnée, vomissements, tendance à la syncope.

Ventre mou : sous les téguments on sent les petites parties fœtales. Facies grippé péritonéal. Ventre douloureux, vomissements.

Tête fixée au détroit supérieur en O. I. G. T. — C. V. 9^{cm},7. Enfant mort.

Laparotomie trois heures et demie après la rupture. Au moment de l'incision du péritoine, s'échappe un flot de liquide rouge sale, contenant du méconium et des caillots.

On extrait le fœtus mort, 3 750 grammes, et le placenta, (400 grammes).

Rupture du cul-de-sac gauche et de la partie inférieure du col.

Éclatement du péritoine des 2 fosses iliaques. Hémorragie abondante au niveau de la déchirure utérine.

Hystérectomie abdominale totale par le procédé américain.

Durée de l'opération 1 heure.

Suites simples.

Guérison : malade sortie 30 jours après.

CRISTEANU, 1901, id.

III pare, 37 ans, à terme.

Entrée à la maternité de Bucharest le 24 janvier 1901.

Première apparition des douleurs le 23 janvier dans la journée.

A 10 heures du soir, la sage-femme perfore les membranes. Une demi-heure après, un médecin tente une application de forceps sans résultat.

La malade est très pâle, exsangue, sueurs froides pouls imperceptible.

Utérus dévié dans fosse iliaque droite, contracté.

Du côté gauche, et sous les téguments, on sent le tronc de l'enfant et les petits membres.

Par la vulve, une anse de cordon de 25 centimètres fait procidence.

Col dilaté complètement. Tête fixée au détroit supérieur en O. I. G. T. — D. U. 8,5.

Version. Extraction de la tête impossible par manœuvre de Mauriceau.

Tête défléchie; application de forceps, la tête passe difficilement. Enfant mort, 3 500 grammes.

Extraction du placenta de la cavité abdominale.

Rupture du col et du cul-de-sac gauche.

Laparotomie 13 heures après la rupture. A l'incision de la paroi, il s'écoule une grande quantité de sang liquide sale mêlé de méconium et de caillots.

On constate la déchirure de l'utérus au niveau du col et du cul-de-sac gauche et antérieur. Ligament rond arraché; péritoine pelvien déchiré dans la fosse iliaque.

Hystérectomie abdominale totale (procédé américain).

Suture du péritoine.

Suites simples. En bon état 28 jours après l'opération.

CONCLUSIONS

I. — L'opération césarienne conservatrice et les opérations mutilatrices complémentaires de l'hystérotomie, ont chacune leurs indications propres ; et il n'y a lieu de rejeter, de parti pris, aucune de ces méthodes.

II. — La césarienne conservatrice pourra être pratiquée dans les rétrécissements du bassin non justiciables de la symphyséotomie. Mais, condition essentielle, il faut que la femme ne soit pas infectée, ni atteinte de quelque maladie (ostéomalacie, affection cardiaque grave, tuberculose pulmonaire, etc.) contre-indiquant la conservation de l'utérus. Si l'on joint à cela les dangers et les inconvénients de la section césarienne: éventration, risques de rupture lors d'une nouvelle grossesse, difficultés opératoires créées par les adhérences et l'amincissement de la paroi utérine au niveau de la cicatrice, on voit que, dans la plupart des cas, on devra préférer à la césarienne conservatrice les opérations mutilatrices.

III. — Par opérations mutilatrices complémentaires de l'hystérotomie, nous entendons :

- 1° L'opération de Porro;
- 2° L'hystérectomie supravaginale;
- 3° L'hystérectomie abdominale totale.

IV.— L'opération de Porro peut être pratiquée dans les viciations pelviennes quand il est dangereux de conserver l'utérus ; ou encore dans les ruptures utérines, si les lésions ne s'y opposent pas et dans le cancer du col propagé au vagin.

Elle a pour elle ses bons résultats, sa facilité et sa rapidité d'exécution, sa grande sécurité opératoire. Mais elle présente aussi quelques inconvénients : cicatrisation lente, suppuration du pédicule, septicémie possible, éventration, fistules, etc.

D'une manière générale, on devra plutôt avoir recours aux méthodes suivantes.

V. — L'hystérectomie supravaginale aura ses indications dans les rétrécissements du bassin, fibromes, ruptures utérines. Plus simple, plus rapide que l'hystérectomie abdominale totale, elle devra lui être préférée, si les circonstances le permettent.

VI.— L'hystérectomie abdominale totale pourra être utilisée dans quelques cas où elle est plus particulièrement indiquée : sténoses pelviennes avec infection utéro-vaginale certaine, fibromes développés dans le segment inférieur de l'utérus et mettant un obstacle absolu à l'accouchement, cancer du col non propagé aux parties voisines, rupture utérine étendue aux culs-de-sac.

Les bons résultats obtenus, la perfection de la technique opératoire, permettent d'espérer que cette méthode sera d'un usage plus fréquent en obstétrique; mais elle restera toujours une méthode d'exception, car elle ne peut et ne doit être entreprise que par des chirurgiens expérimentés.

Vu :

Pour le Doyen,

L'Assesseur,

DEBOVE.

Vu :

Le Président de Thèse,

PINARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BAR. — De l'opération césarienne conservatrice. Sa technique. Ses résultats immédiats et éloignés. In *Obst.*, 1897.
- BERTAZZOLI. — Opérations de Porro avec réduction du pédicule faites de 1878 à 1891. Milano, *Ann. di ost. e gin.*, 1891.
- BOLDT (H.-J.). — The Porro operation versus total hysterectomy. *Ann. j. Obst.*, N.-Y., 1898, XXXVIII, 41-50.
- BOSSI (H.-M.). — Sur l'opération de Porro à propos de six cas suivis de succès. *Congrès médical de Rome*, 1894.
- BOURSIER (Bordeaux). — Sur les interventions chirurgicales dans le cas de dystocie par fibrome. *Congrès d'obst. et gyn. de Nantes*, septembre 1901.
- CARTEUS (J.-H.). — Comparative indications for classic and Porro Caesarean section. *J. Am.*, Chicago, 1897, XXIX, 1135-37.
- COE. — *New-York Policlinic*, août-septembre 1895. Sur les opérations césariennes répétées.
- DELAGENIÈRE. — De la grossesse comme complication des fibromes de l'utérus. *Sem. gynécol.*, 12 février 1901.
- Sur les indications opératoires dans les cas de fibromes de l'utérus compliqués de grossesse. *Congrès de Nantes*, sept. 1901.
- DIXON-JONES. — Traitement du pédicule intra ou extrapéritonéal, ou hystérectomie totale. *Medic. Record*, 24 août 1895.
- CRISTEANU (Bucharest). — Sur le traitement des ruptures utérines complètes, par hystérectomie abdominale totale avec 3 observations. In *Ann. Gyn.*, avril 1901.

DUCHAMP. — Opération césarienne suivie de l'amputation par le vagin du pédicule artificiellement inversé. *Loire médicale*, 15 août 1886.

FOGLIATA. — *Giornale di Anatomia, Fisiologia e Patologia degli Animali*, Pisa, 1875.

FEHLING (H.). — De l'amputation supravaginale du col de l'utérus puerpéral. *Centrabl. für Gyn.*, sept. 1895.

FORNÉ. — Étude comparée des différentes méthodes de traitement utilisées dans les ruptures de l'utérus. Paris, 1900.

FRANK (Köln). — Traitement du moignon dans l'amputation de Porro. In *Ann. Gyn.*, 1890.

FRANTZOLINI. — Contributo alla ovariectomia et alla laparo-uterotomia. In *Italia giornale Veneto di scienza med.*, 1879.

GUERMONPREZ (Lille). — Document sur l'hystérectomie abdominale totale pour fibro-myomes utérins. Paris, 1896, J.-B. Baillière, p. 177 à 183.

GERBOUD. — Différentes incisions de l'opération césarienne préconisées depuis 1881. Paris, 1899.

HIRST (H.-C.). — The comparative value of celiohysterotomy and celiohysterectomy in cases requiring a Cesarean section. *Am. f. Obst.*, N.-Y., 1898, XXXVII, 578-584. Discussion 652-657.

HECKING. — Sectio Caesarea conservativa und gonorrhoe. *A. f. G.*, t. VII.

JACOBS. — Sur 3 cas d'hystérectomie pour fibromes compliqués de grossesse. *Bull. de la Soc. belge de Gyn.; Sem. Gyn.*, 1901, p. 48.

KUFFERATH (Bruxelles). — *Bull. de la Soc. belge de Gyn.*, 1896, n° 9, p. 192.

LEOPOLD et HAAKE. — Ueber 100 sectiones cesaræ. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LVI Hft., t. I, p. 1.

MAYGRIER. — *Thèse*, Paris, 1880.

MARTIN (A.). — Hystérectomie abdominale totale pour fibromyomes de l'utérus gravide. *Zeitschr. f. Geb. u Gyn.*, t. XX, p. 109.

MONOD (Ch.). — Hystérectomie abdominale totale pour fibromes compliquant la grossesse. *Bullet. Soc. anat.*, 1896, p. 740.

- MOUCHET (Sens). — Opération césarienne suivie d'hystérectomie totale chez une femme en travail atteinte d'un gros fibrome de l'utérus. Guérison. Enfant vivant. In *Ann. Gyn.*, 1897, p. 81.
- NICODEMI. — Considérations sur 5 cas d'opération césarienne. In *Ann. Gyn.*, 1898.
- OLSHAUSEN. — De l'opération césarienne et de ses indications dans les rétrécissements pelviens. *Z. f. G.*, t. XXXVII ; *Ann. Gyn.*, t. XLVIII, p. 377.
- PAUCHET. — Opération césarienne. Inertie utérine. Hystérectomie abdominale immédiate. *Gaz. méd. de Picardie*, Amiens, 1898, XVI, p. 122.
- PINARD. — Opération césarienne. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 8 juillet 1897, p. 639.
- Indications de l'opération césarienne considérée en rapport avec celles de la symphyséotomie, de la craniotomie, et de l'accouchement prématuré artificiel. *Ann. Gyn.*, 1899.
- Rapport sur deux observations de M. Delanglade (Marseille) intitulées : « Hystérectomie pour épithélioma du col compliqué de grossesse. *Bull. Soc. obst.*, février 1901.
- PINARD et SEGOND. — Gastro-hystérotomie suivie d'hystérectomie totale chez une femme en travail, à terme, ayant un rétrécissement extrême du bassin. *Ann. Gyn.*, 1897.
- PANTALONI (Marseille). — Hystérectomie abdominale totale pour rétrécissement extrême du bassin. *Arch. prov. de chir.*, t. 6, n° 2.
- PORRO. — Dell amputazione uteroovarica come complemento di taglio caesareo. In *Ann. univers. di med. e chir.*, vol. 237, p. 289.
- POTOCKI. — Opération césarienne conservatrice, In *Ann. Gyn.*, 1890.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- SIEBOURG. — 4 cas d'opération de Porro ou d'extirpation totale de l'utérus pour ostéomalacie. *Monats. f. Geb. und Gyn.*, 1898, t. VII, p. 621 ; In *Obst.*, 1898, p. 370.

- SPENCER (H.-B.). — Three cases of Porro's operation with intra-peritoneal treatment of the stump. *Tr. obst. Soc. London*, 1896-1897, XXXVIII, 389-424.
- SCHRÖDER. — Hystérectomie abdominale totale pour cancer du col de l'utérus gravide. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XII, p. 280.
- TRUZZI. — Contribution à l'étude de l'opération de Porro. Milano, mai 1890.
- TERRIER. — De l'hystérectomie abdominale totale et partielle (supravaginale). In *Revue chirurg.*, 1898.
- VARNIER et DELBET. — A propos d'une rétroflexion de l'utérus gravide. *Ann. Gyn.*, 1897, p. 102.
- VARNIER. — De la rupture utérine. *Congrès de Nantes*, sept. 1901.
- VERDELET (Bordeaux). — Considérations sur l'hystérectomie supravaginale. *Congrès de Nantes*, 1901.
- VAN DE POLL. — Drei glückliche Kaiserschnitte bei eine und derselbe Frau. *C. f. G.*, 1896.
- VAUTRIN et SCHUHL. — De l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes pendant le travail. In *Obst.*, 1899.
- WOYER. — Spontan ruptur de uterus under altenkaiserschnitt. *Monatschrift für Geb. und Gyn.*, t. VII, p. 192.
- LEGUEU. — Hystérectomie abdominale pour cancer au huitième mois de la grossesse. *Soc. d'Obst.*, février 1901.
- ROUTIER. — Rapport sur une observation de Lambret (Lille) intitulée : « Opération césarienne suivie d'hystérectomie deux ans après une uretéro-cysto-néostomie abdominale. *Soc. Obst.*, février 1901.



CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.